FIOCRUZ

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

01

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

Fundação Oswaldo Cruz – Manguinhos

Ano 1. Nº 1. Março de 1987

Reforma Sanitária

O Presidente José Sarney defendeu a necessidade de uma ampla Reforma Sanitária para que o Brasil não continue sendo uma nação de vários brasis: um Brasil menor, de cidadãos de primeira e abastada classe; e um Brasil imenso, de um povo de segunda e necessitada classe. "Por isso, construiremos um só Brasil, o do povo com saúde, livre das endemias".

Além do Presidente da República, os Ministros da Saúde, Previdência e Educação, o Presidente do Inamps, representantes dos governos estaduais recém-eleitos, técnicos e profissionais da saúde e as duas centrais sindicais representativas dos trabalhadores (a CUT e a CGT), apóiam a criação de um Sistema Único de Saúde regionalizado, a hierarquização da rede de serviços, a criação do distrito sanitário como unidade operacional básica do sistema e a gestão colegiada na formulação e no controle da política e das práticas institucionais, que seriam fiscalizadas pela sociedade organizada.

Para o Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sérgio Arouca, 1987 "será o ano da Reforma Sanitária no Brasil".

Frente Política tem a adesão de Pedro Simon.
Pág. 12

Projeto será debatido antes de seguir para a Constituinte
Pág. 5

As novas propostas de financiamento do setor saúde.
Pág. 5

Encarte Especial

Berlinguer fala da Reforma Sanitária na Itália

EDITORIAL

Reforma Sanitária é irreversível

A 8ª Conferência Nacional de Saúde representou o início de um grande processo nacional de transformações necessárias ao nosso sistema de saúde. Talvez não tenha havido, na história do nosso país, um debate tão amplo e tão abrangente de caráter nacional sobre a política de sáude. Durante os meses preparatórios da 8ª Conferência, foram realizados encontros estaduais com entidades sindicais, associações de moradores, sindicatos profissionais, especialistas de praticamente todos os estados da federação, que prepararam propostas e documentos que acabaram convergindo também para a 8ª Conferência.

A 8ª Conferência foi uma verdadeira festa democrática. Em torno de cinco mil pessoas num estádio, conseguiram debater, de forma serena mas nem por isso não apaixonada, os problemas mais críticos e sérios da política nacional de saúde. À 8ª Conferência sucedeu-se um conjunto de temas específicos, que na sua grande maioria repetiram a própria dinâmica de debate ampliado de caráter nacional, da 8ª Conferência. Questões como saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde oral e doenças tropicais foram aprofundadas, chegando-se a propostas específicas para a transformação deste sistema. Como resultado da 8ª Conferência, de todos os Temas Específicos que se sucederam até o final de dezembro de 1986, surgiu a necessidade urgente e inadiável da implantação de uma verdadeira Reforma Sanitária neste país.

A Reforma Sanitária passou a ser a síntese de todas as recomendações, propostas e conclusões desse amplo debate nacional. A necessidade da transformação do sistema de saúde, da municipalização, da sua democratização interna, de uma nova política de recursos humanos e de ciência e tecnologia, enfim, aliando-se a todas as outras reformas sociais que é o compromisso da Nova República, surgiu como uma idéia, forte, suprapartidária, praticamente de consenso nacional, a necessidade da Reforma Sanitária.

Nascendo das conclusões da 8ª Conferência, os ministros da Saúde, Previdência e Educação, criaram a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com o objetivo de apresentar propostas concretas para as mudanças constitucionais necessárias ao novo sistema de saúde bem como de uma nova legislação sanitária para o nosso país. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, praticamente já nos dias finais dos seus trabalhos, está em vias de apresentar ao Governo Federal e à sociedade brasileira as suas conclusões.

O Movimento Sanitário Brasileiro, constituído de médicos, odontólogos, enfermeiras, farmacêuticos, sanitaristas, por instituições, associações de moradores, sindicatos, políticos, enfim, por todos aqueles que acreditam e lutam pela transformação do sistema de saúde brasileiro, é um verdadeiro movimento nacional, suprapartidário, que vem lutando de uma forma permanente por esta transformação.

A Reforma Sanitária não pode ser o resultado de um simples decreto, mas é um amplo processo social, que envolve simultaneamente o debate parlamentar, legislativo, como também um trabalho executivo ao nível das instituições de saúde; um trabalho experimental de pesquisa, inovador, nas universidades; com a participação de todas as entidades da nossa sociedade civil, na construção contínua e permanente de um sistema novo de saúde.

A Reforma Sanitária prevê a necessidade de novas formas de articulação do setor público e do setor privado. O desenvolvimento acelerado de uma competência tecnológica nacional que possa enfrentar os desafios da gravidade dos nossos problemas de saúde. É, portanto, um processo longo de amadurecimento científico-tecnológico bem como de um profundo exercício democrático.

A Fundação Oswaldo Cruz vem desenvolvendo uma linha editorial de informação aos profissionais de saúde através do Projeto RADIS. E nessa linha entendemos que a divulgação de opiniões, de estudos, de experiências nacionais ou internacionais sobre projetos de transformação no sistema de saúde é da maior importância. Assim está nascendo o PROPOSTA, o novo veículo de divulgação da Fundação Oswaldo Cruz, com o objetivo de ampliar ainda mais a discussão sobre as questões da Reforma Sanitária Nacional. Acreditamos que 1987 deva ser o ano da Reforma Sanitária. Em primeiro lugar pela aprovação ao nível da Assembléia Nacional Constituinte, de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado. Em segundo lugar, pela abertura do debate de uma nova legislação sanitária para o nosso país a partir do Poder Legislativo. E também pelo início da implantação de programas de Reforma Sanitária ao nível dos novos governos estaduais.

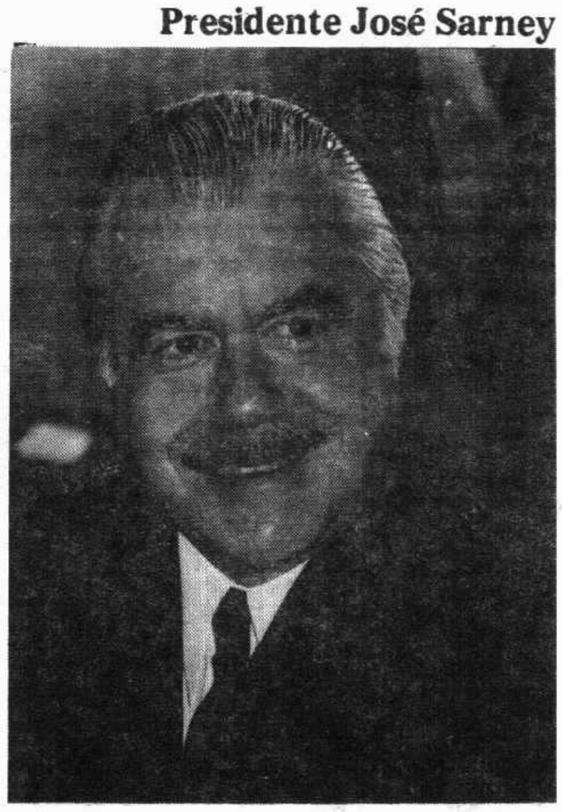
Assim, a Reforma Sanitária começa a se implantar de uma forma irreversível no País. Não como algo criado em gabinetes, não como idéias transplantadas, mas como um projeto nacional, democrático, construído, pensado e executado pelo conjunto da nossa sociedade. Acreditamos firmemente que o ano de 87, na área de saúde, será o ano da Reforma Sanitária.

SÉRGIO AROUCA

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz.

Novo sistema expandirá atendimento a todos

Presidente José Sarney



O Brasil não pode continuar sendo uma nação de vários brasis: um Brasil menor, de cidadãos de primeira e abastada classe; e um Brasil imenso, de um povo de segunda e necessitada classe. Será deixado para trás o quadro desses brasis. Construiremos um só Brasil, o do povo com saúde, livre de todas as endemias. Por isso, a democratização do setor saúde é compromisso do governo.

A afirmação é do Presidente da República, José Sarney, durante discurso proferido na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília. Para o Presidente, "o direito fundamental à vida deve ser encarado como um direito coletivo. Dever que o Estado deve exercer e deve exigir da sociedade, em benefício de todos e não apenas como a expressão de privilégio dos que podem pagar pela assistência de que carecem."

O Presidente Sarney fez uma comparação entre o crescimento do sistema de atenção médico-hospitalar e a generalização do acesso da população à saúde:

– Não há dúvida de que no país, nas últimas décadas, houve um desenvolvimento considerável do sistema de atendimento, que o colocou no nível tecnológico dos países desenvolvidos. A esse desenvolvimento, entretanto, não correspondeu uma generalização do acesso. Não se conferu efetiva prioridade às ações de caráter preventivo e de alcance coletivo, relativamente àquelas de natureza curativa e de alcance individual.

Prosseguindo, o Presidente Sarney foi enfático na defesa da reorganização do setor saúde, atualizando-o para que possa servir a uma sociedade democrática:

– O permanente avanço tecnológico e a necessidade de promover sua difusão, sem privilégios nem limitações, reclamam uma nova racionalidade para o setor saúde, adaptando-o à organização de uma sociedade justa e democrática.

Para o Presidente, "é indispensável que se examine e reexamine a administração do setor, evitando-se a multiplicidade de instituições, que atuam de forma sobreposta e com desperdício de recursos, e a excessiva centralização, que promove um distanciamento da realidade e inibe a iniciativa local".

Ainda no discurso, ele defendeu que as instituições públicas e privadas, os técnicos e autoridades, as entidades comunitárias e associativas sirvam de instrumento para se fazer um balanço adequado do setor saúde e que cabe a elas propor as diretrizes que devem orientar a organização do sistema de saúde que mais convém à sociedade brasileira.

"Essa reorientação – prosseguiu – deve ter em conta as exigências de construção de um novo sistema de saúde que observe uma maior descentralização de ações, transferindo recursos e encargos para os Estados e Municípios; uma maior racionalidade administrativa, garantindo eficiência institucional; e, sobretudo, um elevado sentido participativo, que permita à população assumir responsabilidades no controle da execução dos serviços".

Afirmou ainda que "como Presidente da República, estou convencido de que nos unimos, acima das crenças e das convicções políticas, para superar nossas deficiências, ou não ultrapassaremos o quadro desolador das carências injustificadas".

Finalizando, o Presidente ressaltou os compromissos da Nova República com a saúde da população, afirmando que o governo "tem compromissos inadiáveis com a criação de oportunidades iguais para todos e nenhuma oportunidade é mais cara, mais necessária e mais valiosa do que a oportunidade da vida".

Em reunião extraordinária com os Ministros de Estado, o Presidente José Sarney considerou "um dever do Estado proporcionar meios para que a saúde seja efetivamente um direito de todos". E disse que "faz-se necessária uma ampla Reforma Sanitária que expanda a capacidade de bom atendimento a toda a população, proporcione o acesso aos medicamentos essenciais e à vacinação, combata as grandes endemias, como a doença de Chagas, a malária e a esquistossomose, e elimine o risco de outras doenças como a dengue e a febre amarela."

PROPOSTA

Jornal da Reforma Sanitária

O jornal PROPOSTA é editado pelo RADIS – Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde, projeto desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** e pelo **Centro de Informações para a Saúde** da **Fundação Oswaldo Cruz**, com a colaboração do Inamps.

Coordenação do Projeto RADIS: Célia Maria de Almeida; **Editor: Responsável:** Alvaro Nascimento; **Texto:** Joel Macedo; Carlos Xavier (Caco) e Marcus Barros Pinto; **Externas:** Janine Cardoso; **Arte:** Victor Ebraico; **Secretaria:** Jandira Vilhena; **Clip:** Simone Oliveira; **Ilustrações:** Carlos Xavier (Caco); **Colaboração:** Coordenadoria de Comunicação Social (Ana Palma) e Assessoria de Comunicação Social da Fiocruz (Thereza Christina Tavares).

Tiragem: 25 mil exemplares; **Distribuição:** Direta, via correio; **Composição, Fotolito** e **Impressão:** Última Hora (Rua Equador, 702 – Rio de Janeiro).

Assinatura: Em conjunto com TEMA e DADOS: Cz$ 50,00 (anual) em nome do Projeto RADIS, Av. Brasil, 4036 – sala 515 CEP 21.040 – Tel. 270-9122 Ramal 288 Rio de Janeiro/RJ – Brasil

Ministros apóiam mudanças

Mão-de-obra se ajustará à nova realidade do setor

O Ministro da Educação, Jorge Bornhausen, disse que seu Ministério "está ciente de sua responsabilidade como cooordenador do sistema de formação de recursos humanos do país" e sensível "às carências de nossas populações rurais e urbanas. Por não receberem qualquer atendimento ou o terem de forma precária". Por causa disso, ele afirmou que o órgão responsável pela formação de mão-de-obra qualificada na área médica está pronto a participar de uma política nacional de saúde capaz de contribuir de forma efetiva para a Reforma Sanitária.

– O Ministério da Educação conta com 34 hospitais universitários próprios com capacidade para 11 mil leitos. Juntamente com os demais sob a supervisão do Ministério e dentro do Convênio MEC-/MPAS perfazem um total de 96 hospitais universitários e de ensino com 32 mil leitos, mais de duas mil salas de ambulatório e um clínico-docente de cerca de 11 mil médicos. Esta estrutura representa considerável contribuição prestada pelas instituições formadoras de mão-de-obra à assistência e à saúde no país.

Ele acha que o Ministério da Educação deve se responsabilizar, através das universidades e secretarias estaduais e municipais de educação, pela coordenação integrada dos programas que visam definir estas políticas nacionais de formação de recursos humanos para a área de saúde.

– Dentro da nova política nacional de saúde a ser formulada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, caberá às universidades e escolas médicas, sob a égide do Ministério da Educação, ajustar a formação de recursos às necessidades sociais de prevenção das doenças e recuperação da saúde.

Ele defendeu a descentralização do sistema nacional de saúde e se disse

Jorge Bornhausen

preocupado em garantir uma organização democrática à nova estrutura que virá:

– O Brasil se prepara para um ambicioso programa de Reforma Sanitária como forma de garantir nova organização democrática dos serviços de saúde. Esta nova organização deverá se dar de forma regionalizada, instituindo os denominados Distritos Sanitários, que terão como locais prioratários de intervenção os municípios, os bairros e as comunidades.

Ele avaliou também a função a se exercida pelos hospitais universitários na nova política de saúde do país:

– No processo de implantação das Ações Integradas de Saúde, deverá ficar clara a definição de co-responsabilidade do Hospital Universitário e das instituições de ensino superior por uma área ou região de saúde. A função do hospital como órgão prestador de serviços deverá fortalecer e beneficiar as outras duas funções precípuas da universidade, que são o ensino e a pesquisa.

O Ministro afirmou que o hospital de ensino reúne os recursos humanos e tecnológicos que o situam no vértice de uma pirâmide de serviços regionais e hierarquizados, funcionando principalmente como Hospital de Referência de Nível Terciário:

– O hospital de ensino não deve ser o único cenário de treinamento para a preparação geral do médico. Ambulatórios e unidades de saúde de diferentes níveis, inclusive periféricos, deverão ser utilizados, juntamente com o hospital de ensino, que por possuir unidades mais diferenciadas, completa a necessária formação técnico-científica do aluno.

População terá direito de intervir no sistema

O Ministro da Previdência Social, Raphael de Almeida Magalhães, afirmou que as Ações Integradas de Saúde (AIS), sintetizam bem o que o governo da Nova República assumiu no campo da saúde: "a integração interinstitucional, a universalização da cobertura assistencial a igualização do atendimento, a descentralização e a criação de canais através dos quais a população exerça o seu direito de opinar e intervir sobre o funcionamento dos serviços".

O Ministro salientou que "concebida desta forma", as AIS representam uma estratégia importante para a Reforma Sanitária no país, cabendo a todos – governo, profissionais de saúde e usuários – "aperfeiçoá-las e aprofundá-las".

Disse também o Ministro da Previdência que a proposta contida no documento interministerial que constituiu a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, "contempla as nossas preocupações com a descentralização, a integração ao nível da prestação dos serviços e a humanização, que depende da mudança do próprio conteúdo das práticas médicas vigentes".

O Ministro ressaltou ainda que a regionalização e a definição do Distrito Sanitário, com população a ele adstrita, significa que os serviços assistenciais, particularmente o atendimento médico, necessitam ser referidos a uma população concreta, "que mora e trabalha num espaço definido".

– As relações entre usuários do sistema de saúde e unidades, ou profissio-

Raphael de Almeida Magalhães

nais, necessita ser extremamente próximas. O controle social só é eficaz quando a responsabilidade governamental está claramente identificada, através da gestão local única, e expressa num serviço de saúde e nos seus profissionais, situados nas proximidades dos locais de trabalho e moradia.

Raphael chamou a atenção para a questão da referência "que precisa ser equacionada ao nível das localidades e regiões", de forma que se possar garantir a integralidade do atendimento. Nesta área – disse – um grande passo foi dado recentemente com a incorporação dos hospitais filantrópicos dentro de uma modalidade convenial que padroniza a forma de remuneração, garante o seu atendimento universal e institui um índice de valorização que excede a sua qualificação técnica restrita.

– Os hospitais assim classificados – prosseguiu o Ministro – representando em torno de 50 por cento dos leitos implantados no país, garantem referência hospitalar às AIS, tirando-as do **guetto** da assistência ambulatorial, na medida em que são raros e acham-se concentrados, os leitos públicos.

Previniu o Ministro que "só com o acesso sem barreiras às informações de interesse comum, poderemos caminhar com segurança para a superação da relação compra-e-venda de serviços dentro das AIS".

Mudança é compromisso da Nova República

A mudança do Sistema Nacional de Saúde é parte importante do processo de redemocratização de nosso país e a proposta de Reforma Sanitária irá viabilizar um sistema universalizado e igualitário como decorrência do compromisso político da Nova República de considerar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

A afirmação é do Ministro da Saúde, Robero Santos, para quem o fortalecimento das Ações Integradas de Saúde é um passo fundamental para se avançar na melhoria do atendimento à população:

– O momento exige reforçar as Ações Integradas de Saúde, o que irá permitir, a curto e médio prazos, a superação da atual forma de organização plural e desintegrada por uma outra que, respeitando as identidades organizacionais, coloque, sob gestão pública, todas as instituições relacionadas com o segor público, integrando-as em todas as suas atividades e com todos os seus recuros.

Para o Ministro, as AIS são "o eixo estratégico da Reforma Sanitária" e chegou o momento de aproveitar os espaços políticos, jurídicos e institucionais criados pela transição democrática para construir "de baixo para cima", modelos assistenciais que incorporem gradat vamente a doutrina e os princípios da Reforma Sanitária, de tal forma "que a população reconheça nos serviços os **seus** serviços, e os serviços reconheçam, na população, a **sua** população, criando-se assim uma identificação que, de um lado, permitirá a abordagem epidemiológica e, de outro, o controle social dos serviços".

Roberto Santos defende ainda que do ponto de vista gerencial é fundamental que se considere a gestão colegiada, porém com um mando único a fim de que as responsabilidades institucionais possam ser identificadas pela população.

Ele define o princípio da descentralização administrativa como imprescindível e politicamente urgente, e como forma de viabilizá-lo as municipalização das ações de saúde:

Roberto Santos

O Ministro da Saúde defende que "os modelos assistenciais busq em formas democráticas que permitam o efetivo controle da população sobre os serviços" e acha que este controle deve ser exerciudo pela sociedade civil organizada mediante a participação direta ou delegada, ou mesmo através de mecanismos de pressão, nas diversas instâncias gerenciais ou operativas do sistema de saúde, especialmente a nível do distrito sanitário.

– Assim concebidos e implantados, tais modelos assistenciais estarão coerentes com o espírito da Nova República, com os princípios da Reforma Sanitária e com a estratégia das Ações Integradas de Saúde.

Para Roberto Santos, tais idéias, ja maduramente refletidas, estão a exigir uma firme decisão política de implementá-las. Para isso ele estabelece alguns passos táticos que devem ser dados imediatamente:

– Temos que homogenizar e difundir conceitos relativos à interpretação das Ações Integradas de Saúde como estratégia e seus modelos assistenciais, principalmente a concepção de Distrito Sanitário. A concentização desse passo irá exigir um amplo processo de mobilização nacional envolvendo Ministérios, Inamps, Secretárias Estaduais e Municipais, prestadores e usuários dos serviços.

Saúde, Previdência e Educação criaram CNRS

Com a finalidade de analisar as dificuldades encontradas na rede nacional de saúde e sugerir opções para uma nova estrutura organizacional do sistema; examinar os instrumentos de articulação entre os setores de Governo que atuam na área de saúde, propor seu aperfeiçoamento e apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, os Ministros da Saúde, Roberto Santos; da Previdência, Raphael de Almeida Magalhães e da Educação, Jorge Bornhausen, constituíram em 20 de agosto do ano passado a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, levando em consideração "a reconhecida precariedade do nível de saúde da população brasileira" e "as conclusões e recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde".

E a seguinte a íntegra da Portaria Interministerial:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS Nº 02/86.

O Ministro de Estado da Educação, Saúde e Previdência e Assistência Social, no uso de suas atribuições legais e

Considerando a reconhecida precariedade do nível de saúde da população brasileira;

Considerando a premente necessidade de transformações estruturais na área de saúde e assistência médica em face das diretrizes de política social do Governo da Nova República;

Considerando a experiência de articulação e interação entre os Ministérios, acumulada pelas Ações Integradas de Saúde; e

Considerando as conclusões e recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde,

RESOLVEM:

1 – Constituir a COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, com a finalidade de:

1.1 – analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema;

1.2 – examinar os instrumentos de articulação entre os setores de Governo que atuam na área de saúde, e propor o seu aperfeiçoamento;

1.3 – apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida.

2 – A Comissão será composta por representantes de órgãos governamentais, Congresso Nacional e Sociedade Civil, assim discriminados: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Secretário e Presidente da FIOCRUZ); MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (Secretário de Serviços Médicos e Presidente do INAMPS); MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (Secretário de Educação Superior); MINISTÉRIO DO TRABALHO (1 representante); MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO URBANO E MEIO AMBIENTE (1 representante); MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA (1 representante); SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (1 representante); SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (2 representantes do CONASS, sendo um o Presidente do Conselho); SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (1 representante); SENADO FEDERAL (Comissão de Saúde); CÂMARA DOS DEPUTADOS (Comissão de Saúde); CENTRAIS SINDICAIS (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, Central Geral dos Trabalhadores – e Central Única dos Trabalhadores – CUT; CENTRAIS PATRONAIS (Confederação Nacional da Indústria – CNI, Confederação Nacional do Comércio – CNC e Confederação Nacional da Agricultura – CNA); PRESTADORES PRIVADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (Confederação das Misericórdias do Brasil – CMB e Federação Brasileira de Hospitais – FBH); PROFISSIONAIS DE SAÚDE (Federação Nacional dos Médicos – FNM) e CONAM (Conselho Nacional das Associações de Moradores).

3 – A COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA será coordenada pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde.

4 – A COMISSÃO contará com uma Secretaria Técnica que proverá o apoio e a assessoria necessários ao seu pleno funcionamento, a ser constituída através de atos específicos do Coordenador.

5 – Os órgãos técnicos dos Ministérios prestarão o apoio e as informações necessárias, quando solicitadas pela Comissão.

6 – A Comissão terá um prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar de sua instalação, para apresentar suas conclusões.

Brasília-DF, 20 de Agosto de 1986.

JORGE KONDER BORNHAUSEN
Ministro da Educação

ROBERTO FIGUEIRA SANTOS
Ministro da Saúde

RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES
Ministro da Previdência e Assistência Social

Congresso da Abrasco propõe Frente Popular pela Reforma

A Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) identifica como de necessidade imediata a construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária, capaz de organizar a base social e política que viabilizará as mudanças requeridas.

Em documento aprovado pela Plenária do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado no Rio em setembro de 86 com a participação de dois mil profissionais da área de saúde coletiva, a Abrasco – promotora do evento – manifestou seu total apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária para que ela se legitime e ganhe força para propor as transformações que se fazem necessárias. Defende ainda a necessidade da continuidade do processo de mobilização e organização das forças sociais comprometidas com a luta pela implantação de uma Reforma Sanitária e pela garantia constitucional do direito à saúde como dever do Estado.

A Associação, que expressa o pensamento da comunidade acadêmica da Saúde Pública, aprovou também o apoio estratégico aos avanços representados pelas AIS enquanto um passo na valorização do setor público e propôs "um engajamento decisivo" das entidades e profissionais de saúde no processo de elaboração da nova Carta Constitucional, estabelecendo um projeto para a área de saúde a ser inscrito na Constituição, comprometendo desde já os Deputados Constituintes com as propostas da Reforma Sanitária.

No mesmo documento, a Abrasco se alia "a todos aqueles que almejam a democratização da saúde e acredita que só através da organização coletiva alcançaremos as medidas que avançam na direção da Reforma Sanitária e impediremos, com a nossa vigilância constante, qualquer retrocesso no curso desse processo".

Portaria criou os oito grupos técnicos

Em portaria assinada no dia 18 de dezembro de 1986, o Secretário Geral do Ministério da Saúde, José Alberto Hermógenes de Souza, nomeou oficialmente os Coordenadores responsáveis pelos oito grupos técnicos de assessoramento da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, designando como Coordenador Geral dos Grupos Técnicos a Drª. Cristina Possas.

Abaixo, a portaria publicada no Diário Oficial.

Portaria nº 47, de 18 de dezembro de 1986

O SECRETÁRIO-GERAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista as atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 20.08.86, publicada no Diário Oficial da União de 22.08.86. RESOLVE:

1. Compor Grupos Técnicos para assessoramento à Comissão Nacional da Reforma Sanitária nas seguintes áreas:
- Propostas para Constituinte
- Arcabouço Institucional
- Saúde do Trabalhador
- Financiamento do Sistema Nacional de Saúde
- Política de Recursos Humanos
- Informações em Saúde
- Saneamento e Meio-Ambiente
- Ciência e Tecnologia

2. Designar para a Coordenação dos Grupos Técnicos, respectivamente:
- Eleutério Rodrigues Neto
- Cristina de Albuquerque Possas
- Jair Sarmento
- André Médici
- Francisco Eduardo Campos
- Euclides Ayres Castilho
- Elisa Vianna Sá
- Severino Márcio Meireles

3. A Coordenadora do Grupo Técnico para assessoramento quanto ao Arcabouço Institucional, Cristina de Albuquerque Possas, desempenhará também a Coordenação Geral dos Grupos Técnicos.

JOSÉ ALBERTO HERMÓGENES DE SOUZA

Inamps diz como vai melhorar atendimento

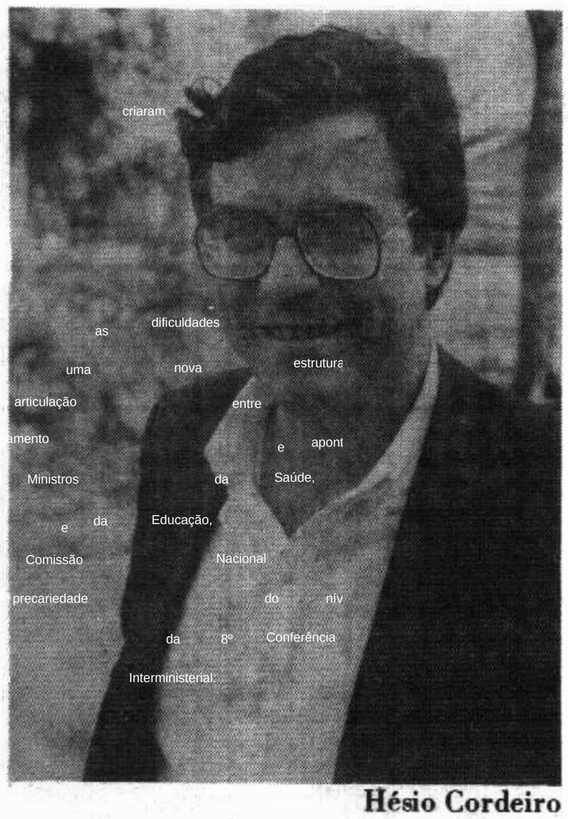
O presidente do Inamps, Hésio Cordeiro, declarou que a Reforma Sanitária é um processo importante, "no qual todos estamos trabalhando", que visa implementar uma mudança profunda nos serviços de saúde, e enumerou alguns pontos que serão alvo progressivo da Reforma: revisão da política de medicamentos e tecnologia médica; mudança dos critérios de financiamento do setor saúde; defesa do aumento do gasto público em saúde; e, principalmente, a busca de um compromisso maior com a qualidade do atendimento à população, através da universalização dos cuidados de saúde.

– Queremos que a população venha a encontrar nos serviços de saúde formas de melhorar o seu nível de vida e de saúde, e isto não apenas no que tange ao tratamento médico mas tendo em vista também o saneamento básico, o controle do meio ambiente e a prevenção dos acidentes de trabalho – enfatizou o presidente do Inamps que é representante do MPAS na Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

UNIFICAÇÃO

Na reunião da CNRS realizada no mês de **janeiro, em Goiânia, Hésio Cordeiro apresen**tou algumas propostas que constituem as bases estratégicas e operacionais para a descentralização e a unificação do sistema de saúde, consideradas pelo Inamps como essenciais ao processo de Reforma Sanitária e consolidadas no documento "Inamps e a Reforma Sanitária – Bases Estratégicas e Operacionais para a descentralização e unificação do Sistema de saúde", a ser discutido pela Comissão Nacional.

No que tange à questão institucional, o



Hésio Cordeiro

documento do Inamps defende a unificação baseada nas seguintes premissas:

1. Não deve se dar pela simples transferência de serviços de uma para outra instituição.

2. Deve ser descentralizadora, constituindo um sistema federalizado, de base estadual e municipal.

A estratégia da unificação, ainda segundo o documento, deve voltar-se para a consolidação dos sistemas estaduais e municipais, tendo como unidade operacional o Distrito Sanitário. O processo se iniciaria com a transferência da gestão das unidades próprias do Inamps e do MS para o âmbito estadual e municipal, com exceção dos hospitais de grande complexidade vinculados à pesquisa, por serem unidades de referência nacional.

O modelo de gestão do sistema unificado, proposto pelo documento do INAMPS divulgado em Goiânia, toma como base as atuais estruturas das AIS – Ações Integradas de Saúde, definindo-se gestores únicos em cada nível, que deveriam ser respectivamente os secretários de saúde estadual e municipal. A participação popular será concretizada, ainda segundo o documento, através dos Conselhos Comunitários de saúde.

FINANCIAMENTO

Para a área de financiamento Hésio Cordeiro lembra que o sistema de financiamento da Previdência Social é majoritariamente vinculado à contribuição previdenciária, que é distinta de um imposto, persistindo a questão: deve ser utilizada apenas para a cobertura médico-assistencial à população previdenciária? O presidente do Inamps lembra também que atualmente os recursos do FPAS (Fundo da Previdência e Assistência Social) são também destinados à política de universalização e equalização da assistência médico-hospitalar mas segundo pensa, a Reforma Sanitária "não deve traduzir-se por medidas parciais como a transferência de recursos das AIS ou de um percentual fixo do orçamento do MPAS para o âmbito do MS".

Na área específica do financiamento são as seguintes as estratégias propostas pelo documento do Inamps levado à CNRS:

1. A substituição gradual de recursos federais (FPAS, orçamento do MS, Finsocial etc.) por recursos dos orçamentos dos Estados e Municípios.

2. A manutenção da atual destinação dos recursos do FPAS mediante a programação e orçamentação integrados, com distribuição em duodécimos para a rede de serviços.

3. A constituição de fundos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, alocando recursos de diversas fontes, sem incluir o FPAS.

O documento conclui referindo que "na realidade os **fundos únicos** em nível estadual e municipal podem ser traduzidos pela existência de uma gestão financeira única do governo estadual". O repasse de recursos MPAS/FAS seria feito, então, com o modelo de cogestão com o setor público, cujo montante seria definido anualmante com base na programação e orçamentação integradas. Quanto aos recursos destinados aos convênios e contatos, seriam transferidos – ainda segundo o documento – para a administração estadual e municipal em duocécimos.

As propostas resumidas acima serão analisadas pela CNRS no processo de discussão para a elaboração da proposta do desenho institucional.

Hésio Cordeiro fez questão de reiterar, na reunião de Goiânia, que a Reforma Sanitária "não se fará por decreto" mas sim através de um processo que exigirá trabalho intenso e a participação de todos.

O que é a Reforma Sanitária ?

A Reforma Sanitária deve ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde, o que pressupõe:

● Uma visão da saúde como um processo resultante das condições de vida;

● A garantia de que a atenção à saúde não se restrinja à assistência médica mas diga respeito a todas as ações de promoção, proteção e recuperação;

● A inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, daí decorrendo a natureza social das ações e serviços de saúde, subordinados ao interesse público;

● A reorganização e redimensão do setor saúde de forma a permitir o acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessários, sem discriminações.

Faz-se necessário frente às carências e distorções vigentes a formulação de uma Política Nacional de Saúde que se oriente pelos seguintes princípios:

● Constituição de um Sistema Unico de Saúde (SUS) em âmbito nacional com comando único em cada esfera de governo:

● Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

● Distritalização, tendo o distrito sanitário como unidade operacional básica do SUS, com responsabilidade definida sobre uma dada população residente em uma determinada área;

● Gestão colegiada na formulação e controle da política e das práticas institucionais.

Comissão estuda proposta de financiamento do setor

ATÉ o presente momento, as propostas da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) no campo do financiamento das ações de saúde tem se dedicado a detalhar as sugestões contidas no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, bem como aprofundar os pontos omissos do mesmo relatório. Segundo o documento "Financiamento e gasto do setor sáude no Brasil até 1986: balanço, perspectivas e opções de política", de André Cézar Médici e Pedro Luiz Barros da Silva, as principais propostas da CNRS para o financiamento setorial ligam-se à composição do Fundo Único de Saúde (FUS) e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (FUES e FUMS).

No período de transição, o FUS seria composto por:

1. 25% dos recursos do Fundo da Previdência e Assistência Social (FPAS), que corresponde ao gasto médio com assistência médica da Previdência Social ao longo dos últimos dez anos;

2. Média das receitas da Previdência Social arrecadas com acidentes de trabalho nos últimos cinco anos, que garantiria a incorporação das questões relativas à saúde do trabalhador;

3. Parte dos recursos do Instituto de Resseguros do Brasil (IRB) arrecadado com o seguro obrigatório de automóvel, que tem sido gasto com acidentes de trânsito;

4. 12% dos recursos do orçamento fiscal;

5. Recursos correspondentes aos fundos sociais, gastos hoje com nutrição, saneamento, medicina do trabalho, proteção do meio ambiente, por exemplo, funções estas que seriam incorporadas pelo sistema único; e

6. Recursos externos vinculados ao investimento em infraestrutura de saúde.

Esses recursos seriam submetidos a uma programação orçamentária global, nas esferas federal, estaduais e municipais, e parte do FUS seria repassada aos FUES, que seriam compostos por parte da alíquota do FUS correspondente a cada Estado a partir de critérios de repartição federal definidos pela integração das propostas orçamentárias dos Estados, por 12% dos orçamentos fiscais dos Estados e por recursos remanescentes dos gastos com assistência médica dos sistemas previdenciários ainda existentes nos Estados (por exemplo, para funcionários públicos).

Esses recursos dos FUS estariam submetidos a uma programação orçamentária que englobaria os recursos destinados aos gastos municipais com saúde, sendo repassados aos municípios para formação dos FUMS, compostos segundo os mesmos critérios de constituição dos FUES.

As propostas da CNRS têm como meta final a passagem do financiamento à saúde para fontes exclusivamente orçamentárias no longo prazo. Sendo assim, preconiza-se que os 25% dos recursos dos FPAS sejam substituídos por fontes orçamentárias a partir do momento que os gastos com saúde cheguem a 8 ou 10% do Produto Interno Bruto brasileiro.

Para que esses recursos do FPAS não provenham de fontes derivadas dos salários dos trabalhadores, propõe-se que a alíquota de saúde do FPAS seja extraída exclusivamente da contribuição das empresas, que representa em média 63% da arrecadação parafiscal da Previdência e aproximadamente 56% das fontes de receita do SINPAS. Paralelamente, a base de arrecadação das empresas deverá transitar gradativamente da folha de salários para o lucro bruto, garantindo a estabilidade e deixando de penalizar os consumidores pelo repasse ao preço dos produtos.

Quanto às alíquotas de recursos do orçamento fiscal, elas deverão ser revistas dependendo da natureza e necessidade da Reforma Tributária.

O padrão atual de financiamento e gasto das ações de saúde tende a acirrar o corporativismo dos beneficiários em detrimento de estratégias mais redistributivas e universalistas. Sendo assim, torna-se necessário que os recursos para a atenção à saúde provenham de fontes que garantam os princípios de universalização e eqüidade, definindo efetivamente que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Os fundos de saúde seriam geridos mediante ampla participação da sociedade organizada e de órgãos públicos.

A instância máxima planejadora da política de saúde do país a partir do momento da implantação da Reforma Sanitária seria o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que seria composto por membros representativos dos Governos Federal, Estadual, da sociedade civil e dos segmentos organizados vinculados ao setor saúde. Esta proposta faz parte do documento elaborado pela Coordenação do Grupo de Trabalho da Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária onde se propõem novas bases para o financiamento do setor. Elaborada com base no texto "propostas sobre o sistema de financiamento do setor saúde no Brasil – Alternativas para a Reforma Sanitária", do economista André Médici, a proposição defende que o Conselho Nacional de Saúde, ligado funcionalmente ao Ministério Único da Saúde, defina o planejamento, a programação orçamentária e os critérios de repartição do Fundo Único de Saúde (FUS), cujos recursos seriam repassados para os Fundos Estaduais de Saúde (FUES), cuja programação orçamentária integrada seria feita pelos Conselhos Estaduais de Saúde. Estes, por sua vez, teriam composição análoga ao CNS, com representação dos municípios e segmentos organizados do setor saúde, estando ligados funcionalmente às Secretarias Estaduais de Saúde que repassariam recursos dos FUES aos municípios segundo critérios definidos pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) através dos Fundos Municipais de Saúde (FUMS), geridos pelos Conselhos Municipais e Distritais de Saúde.

Ao buscar uma maior racionalidade na aplicação dos recursos públicos – que deverão ter um aumento considerável para assegurar a universalização pretendida e cujas possíveis fontes de receita estão em estudo – a Reforma Sanitária revela sua dimensão estratégica de reforma administrativa e financeira do Sistema Nacional de Saúde. Somente a partir desta perspectiva se poderá assegurar uma nova visão dos serviços públicos em saúde no país. Para viabilizar este processo, duas condições se revelam essenciais:

De um lado, o fortalecimento da capacidade gerencial dos Estados e Municípios para a gestão dos recursos humanos e materiais das unidades de outras esferas do governo transferidas para o seu âmbito. Uma possibilidade a ser estudada por cada Estado é a criação de Autarquias ou Fundações geridas por um Conselho presidido pelo Secretário Estadual de Saúde, agilizando os mecanismos operacionais das novas atribuições, o que poderia facilitar o encaminhamento do processo da Reforma Sanitária. Alguns Estados já detêm estruturas de administração indireta nesse sentido. Cada Fundação ou Autarquia teria subsidiárias distritais cuja a administração seria indicada pelos Prefeitos para operacionalizar as ações de nível distrital. Deve-se, no entanto, estudar a melhor forma ou estrutura administrativa para revestir esses ógãos.

Outra alternativa estaria dada pela existência de distritos maiores que a extensão territorial dos municípios e pela possibilidade de criação de consórcios municipais para operacionalizar as ações de saúde ao nível dos distritos sanitários. Neste caso o financiamento dos dishritos seria dado pela composição de diversos FUMS e gerido pela administração do consórcio.

André Cézar Médici é pesquisador do IEI/UFRJ, Professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fioeruz e Coordenador do Grupo Técnico de Financiamento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Pedro Luiz Barros da Silva é sociólogo, Secretário de Orçamento, Finanças e Controle do Inamps e Professor do Instituto de Economia da Unicamp.

COMPROMISSO BÁSICO

Democratizar o debate

QUAL o real espaço para uma Reforma Sanitária na política social do Governo? O que é a Reforma Sanitária? Como se deverá estabelecer a divisão de trabalho entre os níveis federal, estadual e municipal no novo sistema de saúde? Como deverá se organizar a rede prestadora de serviços? Como ficará a relação do setor público com os serviços privados numa estrutura descentralizada? Como ficará a gestão do sistema pelas secretarias estaduais e municipais? Como se resolverá o problema da isonomia salarial? Como se constituirão as comissões estaduais da Reforma Sanitária? Questões como estas são tratadas no documento elaborado pela Coordenação dos Grupos de Trabalho da Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, enviado a todos os Estados para discussão com o objetivo de recolher contribuições ao projeto final de Reforma Sanitária que será enviado à Constituinte.

A Dra. Cristina Possas, Coordenadora dos Grupos de Trabalho, explica o objetivo do documento e como ele foi elaborado:

– Nós recebemos inúmeras contribuições através de textos gerais e específicos dos mais variados setores. Depois de um trabalho bastante exaustivo, conseguimos redigir um documento que acreditamos reunir o que há de consenso, hoje, em relação à Reforma Sanitária. Como a proposta da Comissão está acoplada às iniciativas gerais do país no sentido de democratizar ao máximo as decisões, enviamos o documento para análise e discussão em cada Estado, abrindo o debate sobre o projeto final que será enviado até o mês de março à Assembléia Nacional Constituinte.

Para Cristina Possas, o documento, que é uma síntese dos principais debates travados nas reuniões dos grupos técnicos que discutem respectivamente arcabouço institucional, financiamento e recursos humanos, "é um avanço das discussões até agora travadas com relação à Reforma Sanitária". Ela explica:

– Hoje não podemos ficar apenas na mera formulação, em gabinetes, de modelos de organização institucional como imagem-objetivo a ser perseguida em uma perspectiva gradual e de longo prazo. As dimensões continentais do Brasil e a grande heterogeneidade entre os Estados impede que este processo se realize como um pacote de medidas a serem implementadas segundo uma estrita racionalidade de planejamento. Na verdade, trata-se de criar condições políticas em cada Estado que permitam, com o envolvimento e a efetiva participação dos profissionais da saúde, dos parlamentares e das entidades representativas da população, definir os requisitos necessários para operacionalizar a descentralização e a democratização da saúde.

Para ela, "a nova correlação de forças nos Estados permite hoje que a importante experiência acumulada com as Ações Integrais de Saúde se coloque em novas bases que assegurem a efetiva integração das ações, a partir de uma ampla Reforma Sanitária". E explica por que:

– A vitória recente, nas últimas eleições, de representantes de setores progressistas da sociedade brasileira para o Governo da maioria dos Estados, bem como para o Congresso Constituinte, confere ao debate de alterntivas para o sistema de saúde uma base política que não pode ser ignorada e que abre uma nova perspectiva ao projeto de uma Reforma Sanitária.

A "descida" do documento para os Estados para ser amplamente debatido, segundo Cristina Possas, "cumpre o papel de deflagrar o processo político que criará condições objetivas para a implementação a curto e médio prazos das propostas que envolvem o projeto de Reforma Sanitária".

O passo seguinte a estes debates, segundo ela, será cada Estado e Município do país encaminhar por escrito à Comissão Nacional da Reforma Sanitária, através de sua Secretaria Técnica, os resultados a que chegaram nas discussões. Finalmente, estas propostas serão consolidadas em um documento único a ser amplamente divulgado e entregue à Constituinte.

José Alberto Hermógenes

Secretário Geral do Ministério da Saúde e Presidente da CNRS

Participação social é aspecto decisivo

O secretário geral do Ministério da Saúde, José Alberto Hermógenes, prevê que a construção da Reforma Sanitária vai ser "muito penosa", pelo fato do país estar vivendo um regime de transição democrática e as várias forças "que levaram Tancredo Neves e José Sarney ao poder", terem concepções diferentes sobre essas questões. "Até agora não há uma hegemonia no próprio aparelho de Estado, o que me faz acreditar que será um processo longo, que terá avanços mas em alguns momentos poderá ter recuos", admitiu Hermógenes que é também presidente da Comissão Nacional da Reforma Sanitária que reúne 24 representantes de variados segmentos da sociedade.

José Alberto Hermógenes

Para o secretário geral do MS, a Reforma exigirá um tratamento "completamente diferenciado" do que vem sendo dado à questão da saúde, passando-se a entender como saúde todos os componentes que a envolvem, como a questão da distribuição de renda, condições de moradia e a Reforma Agrária, entre outros. "Além dos que dizem respeito realmente ao setor de saúde mas que hoje estão fragmentados numa multiplicidade de instituições onde são tratados de maneira desordenada e descoordenada, distribuídos por vários Ministérios, por várias Secretarias de Estado." E acrescentou: "Vemos por outro lado, municípios sem condições alguma de atuar em coisas que são eminentemente municipais com o abastecimento de água, que de acordo com o modelo implantado durante o regime autoritário é feito pelas empresas estaduais com financiamento do BNH, o que implica em retorno financeiro". Para José Alberto Hermógenes, a Reforma Sanitária terá que provocar uma "mudança significativa" em todo esse campo.

DISTRITOS SANITÁRIOS

Quanto às ações de saúde propriamente ditas, Hermógenes descarta a possibilidade de se ter no país um modelo único de organização de serviços mas não abre mão de princípios básicos:

– As realidades brasileiras diferentes, a heterogeneidade das diversas regiões, as possibilidades de cada uma das regiões nos indicam que temos que ter alguns princípios básicos que dêem uma conformação geral ao país, mas que sejam adaptáveis a cada uma das realidades. No caso dos Distritos Sanitários – este microsistema que pretendemos implantar – eles terão conformação completamente diferente, por exemplo, em Nova Iguaçu e na região do Araguaia-Tocantins. São realidades diferentes que têm que ser observadas, mas sob os mesmos princípios.

Entre estes princípios imutáveis que devem balizar a implantação dos Distritos Sanitários em todo o país, Hermógenes destaca a questão da universalidade, da eqüidade, um sistema de sáude a que todos tenham acesso e os mesmos direitos. E defende o fim da multiplicidade de instituições, estimulando a prestação de todos os serviços de saúde em um mesmo órgão, desde as ações de caráter preventivo e proteção da saúde, até de recuperação, de cuidados com a saúde do trabalhador e com o meio ambiente. "Temos que integralizar a ação da saúde no processo de vida do cidadão. Ele nasce, vive e morre, então neste processo ele precisa de medidas que protejam a sua saúde, que promovam a sua saúde como um todo. E isto não pode ser dicotomizado. Só foi dicotomizado em função de determinados interesses."

Hermógenes chama a atenção para a importância, que considera fundamental, da participação da sociedade organizada, tanto no processo de discussão da Reforma – no nível de macroplanejamento, das macropolíticas – como na organização mesma do sistema no seu **locus** concreto, como a implantação dos Distritos Sanitários nas diferentes regiões.

– Nestes casos, a participação da população organizada, através de suas lideranças, será decisiva para que a construção se dê de acordo com as necessidades, a realidade local, e que atenda aos princípios básicos de universalidade, eqüidade e direitos que estamos defendendo.

PAPEL DA COMISSÃO

Hermógenes considera que a Comissão de Reforma Sanitária que preside está inserida no processo da 8ª Conferência Nacional de Saúde que "teve o antes, o durante e está tendo o depois" e deve, segundo acredita, "se ocupar mais da questão da condução política do processo da Reforma Sanitária".

– Eu vejo dois pontos fundamentais: o que defendemos, o que o Movimento Sanitário deve defender e levar para ser debatido na Constituinte e o subsídio para um anteprojeto de uma lei que venha substituir a lei 6229 (do Sistema Nacional de Saúde). São talvez os dois pontos mais importantes no papel da Comissão, além, naturalmente, de se constituir num fórum privilegiado pela sua representatividade, que poderá desempenhar um papel relevante em toda a condução da Reforma.

O secretário-geral do MS não vê, entretanto, uma atribuição executiva para a Comissão da Reforma Sanitária e defende que esta tarefa seja assumida, de fato, pela CIPLAN (Comissão Inter-Ministerial de Planejamento). E argumenta:

– Na medida em que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária está trabalhando nas questões de caráter macro, de macropolíticas, de propostas para a Constituinte, nova lei 6229, a CIPLAN é quem deve assumir concretamente a condução da implantação dos Distritos Sanitários, só para citar este caso específico. Mas para isto a CIPLAN terá que dispor de uma Secretaria Técnica forte e atuante que possa coordenar o processo de ajustamento das Ações Integradas de Saúde (AIS) e implantação dos Distritos Sanitários. A minha posição – que foi discutida numa reunião anterior da CIPLAN e que volto a colocar – é de que deveríamos partir para o que estou chamando de Coordenadorias Regionais Integradas. O INAMPS e o Ministério da Saúde dispondo de uma estrutura comum às duas instituições para acompanhar as Ações Integradas de Saúde em cada região do país, mas em nome das três instituições: MEC, MPAS e do INAMPS. Quando esses técnicos da Secretaria Técnica da CIPLAN chegassem nos estados, chegariam representando as três instituições. Acho fundamental que se dê um passo no sentido da unificação, da superação das barreiras institucionais, o que ocorreria se viéssemos a constituir estas Coordenadorias Regionais Integradas, INAMPS/MEC/MPAS a nível federal. É uma proposta que, dentro dos avanços que a gente está buscando, estamos começando a discutir e a aprofundar

Eleutério Rodrigues Neto

Assessor da Presidência da República para Assuntos de Saúde

Reforma Sanitária quer saúde democratizada

PARA o assessor da Presidência da República para Assuntos de Saúde e diretor do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, Eleutério Rodrigues Neto, "a Reforma Sanitária é uma bandeira que deve unir todos os profissionais da área de saúde".

Ele esclarece que "esta não é uma luta que começou hoje, pois há dez anos a necessidade de uma Reforma Sanitária vem sendo colocada de forma bastante sistematizada e organizada". Segundo Eleutério Rodrigues, a Reforma é um processo que aponta na direção da democratização do setor saúde:

– Este processo caminha na direção da conquista de todas as medidas que levem a que a saúde seja de fato um direito assegurado a todos pelo Estado.

Ele identifica no momento hoje vivido pelo setor saúde "uma fase de superação e uma série de limitações institucionais, de limitações de natureza inclusive constitucional, no que diz respeito a esse direito e a esse dever". E identifica alguns níveis de luta para a implementação da Reforma Sanitária:

– O primeiro nível de luta se dá na conquista de uma nova Constituição, da explicitação dos direitos e deveres e dos canais que possam assegurar que eles sejam cumpridos para que sejam cada vez mais universais e equânimes.

Um outro nível de luta, que para Eleutério Rodrigues deve se desenvolver de forma simultânea ao primeiro, é o de reformulação da lei do Sistema Nacional de Saúde. Ele explica:

– Temos que reformular a famigerada Lei 6229, o que implica em redefinir o papel do Estado na prestação dos serviços de saúde, na redistribuição das atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal no que compete às ações do setor público e nas ações do setor de prestação de serviços à saúde da população. Essa é a segunda vertente do processo da Reforma Sanitária, que é a formulação de uma nova lei que crie o Sistema Único de Saúde.

Para o assessor da Presidência da República, este Sistema Único de Saúde deverá ter três diretrizes básicas:

– A diretriz da integração institucional, isto é, da definição dos novos papéis das instituições dos vários níveis de governo; a diretriz da descentralização, com a redistribuição das atribuições entre essas esferas de Governo; e finalmente a diretriz da participação, que é a condição básica para que as duas primeiras possam se dar de forma efetiva. Entenda-se como participação a permeabilidade dos serviços de saúde à vontade popular, ao controle social, ao reconhecimento das entidades organizadas democraticamente como legítimas para exercerem essa pressão.

Eleutério Rodrigues Neto

Para ele o terceiro nível de luta, que considera "mais permanente", está na ampliação gradual do âmbito de atuação do próprio setor saúde, transformando a natureza da ação de saúde:

– Este é um nível de luta que será gradual e que depende de uma série de fatores, inclusive de uma nova política de pessoal, de uma nova política de recursos humanos, de uma política de emprego e de formação de profissionais para os serviços de saúde.

Ele disse que a próxima etapa a ser cumprida, após o processo de Reforma Sanitária, "será colocar a saúde não como uma condição do desenvolvimento, mas colocá-la como o objeto do desenvolvimento". E explica:

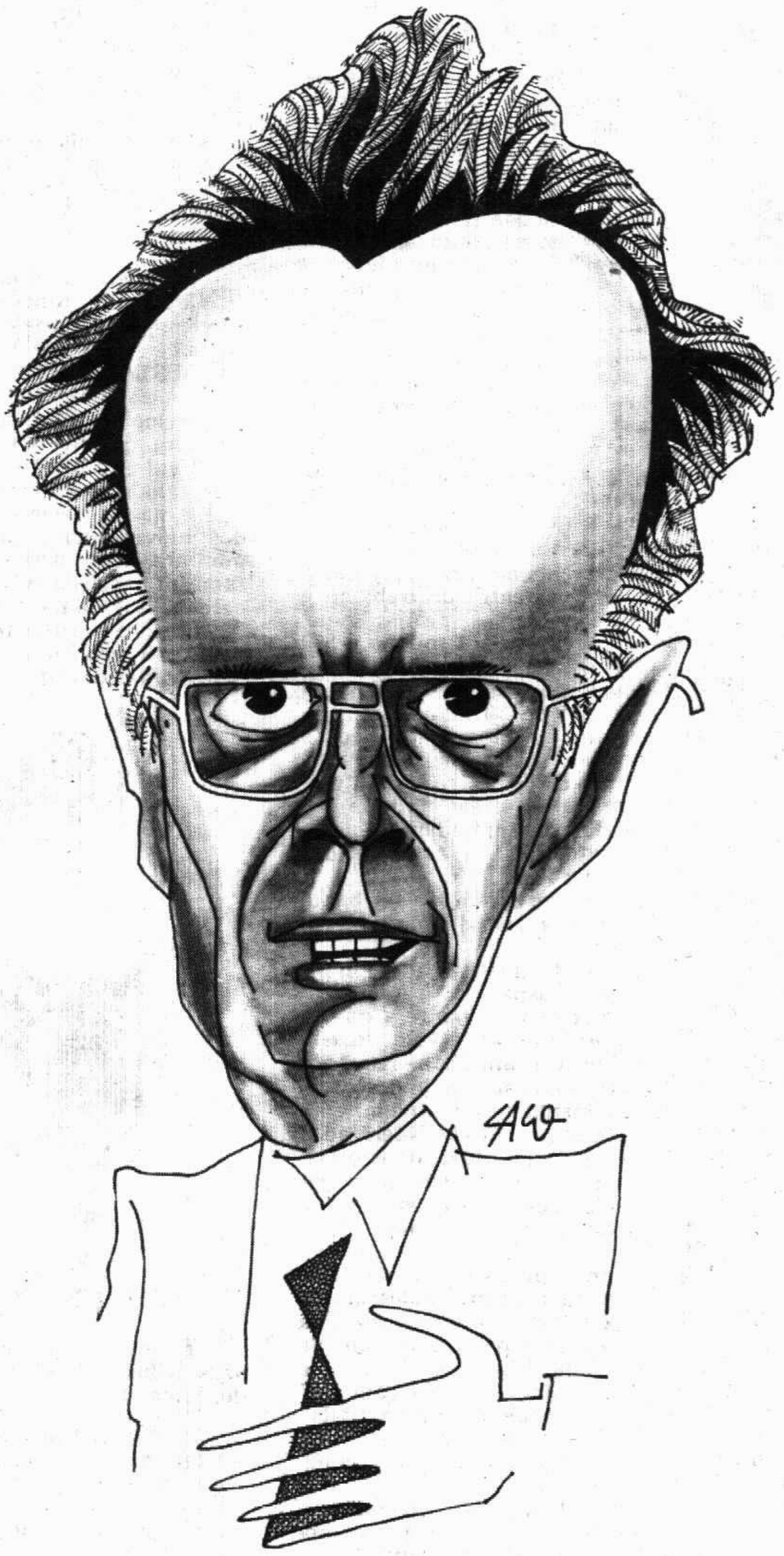
– A mudança a ser alcançada nesta fase posterior à Reforma só será conseguida com a mudança da própria natureza do Estado, para um Estado que de fato seja democrático, voltado para as necessidades de todos, que não pode ter outro objetivo que não seja uma vida de melhor qualidade para a população.

Encarte Especial

A Reforma Sanitária na Itália

Berlinguer

A proposta da Reforma Sanitária não é um ovo de Colombo que está sendo descoberto. Apesar da peculiaridade de cada país, de cada momento social, a necessidade de conquistar o direito universal à saúde está e sempre esteve presente nas sociedades modernas. Giovanni Berlinguer, sanitarista italiano e um dos milhões de pais da Reforma Sanitária daquele país, revela neste encarte o longo processo desencadeado na Itália para que a Reforma pudesse, afinal, ser implantada. Berlinguer destaca obstáculos e dificuldades, de ontem e de hoje, e avança no amanhã: "É preciso fazer uma avaliação crítica". Mesmo sabendo que "cada país deve buscar o seu próprio caminho", Berlinguer discorre amplamente sobre a Reforma Sanitária Italiana, além de citar aspectos de reformas semelhantes em diversas nações, já que "as experiências de outros países são úteis sobretudo para evitar os erros". Na entrevista concedida com exclusividade ao PROPOSTA e na palestra proferida no Congresso da Abrasco em setembro de 1986, Berlinguer deixa claro que a Reforma Sanitária não é um ovo de Colombo. Mas está de pé.



Berlinguer

Participação popular é exigência básica

– Dr. Berlinguer, fale sobre a experiência da Reforma Sanitária na Itália. Como foi o processo, quais foram as dificuldades e como está atualmente?

– BERLINGUER – Quantos dias posso falar?

– Resumidamente...

– BERLINGUER – Foi um processo que durou mais de vinte anos, muito articulado, com uma grande participação dos trabalhadores, das mulheres, de associações de bairros, de cidadãos que não tinham uma atenção médica suficiente. E também de muitas regiões administrativas que anteciparam a Reforma, de partidos políticos, particularmente os de esquerda. O processo se concluiu como ato legislativo na Lei da Reforma Sanitária que foi aprovada no ano de 1978 e logo se manifestaram duas tendências: uma do governo, de limitar e resistir aos efeitos da Reforma, e outra das forças populares e administradores regionais, de impulsionar sua aplicação. O resultado destas tendências foi que na aplicação da Reforma surgiram muitas dificuldades e pesou as diferenças entre as regiões da Itália... Em geral, eu creio que os resultados foram muito positivos, particularmente quanto ao objetivo principal: a meta fundamental de uma Reforma Sanitária deve ser a saúde, os efeitos sobre a saúde, e durante os últimos anos o nível de saúde dos italianos melhorou – não digo em todas as classes, nem em todas as regiões – mas de um modo geral o nível de saúde agora é muito mais elevado. Por exemplo: a longevidade tem crescido mais que em outros países, agora a Itália está em 10º lugar no mundo, quando antes ocupava o 24º lugar; o índice de mortalidade infantil que era altíssimo, caiu para 10/1000, como em qualquer país avançado; os acidentes de trabalho – particularmente os acidentes graves – se reduziram; as condições de vida nos bairros urbanos são melhores; e há também os efeitos culturais, a consciência sanitária e civil da população tem crescido, proporcionando um nível mais alto de participação nas questões de saúde.

– Que doenças eram mais freqüentes na Itália, nestas últimas três décadas?

– BERLINGUER – Nos anos 50, ainda havia muita doença infecciosa, como a tuberculose e a poliomielite. Em zonas periféricas, havia a malária. Eu mesmo tive malária quando era menino, na Sardenha. Havia a subnutrição, talvez não tão acentuada como no Brasil, mas havia. E doenças transmitidas pela água e pela terra: doenças gastroentéricas e parasitoses. Nos anos 60, o quadro apresentava a incidência de doenças derivadas da miséria e derivadas de um desenvolvimento distorcido, com um crescimento extraordinário dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais. Chegou-se a 1 milhão e 500 mil acidentes por ano, com 4 mil mortos, para uma população de 50 milhões. Surgiram também muitas doenças mentais, resultantes, muitas vezes, do fluxo migratório para as áreas industriais, sem uma pré-adaptação cultural, social e sanitária dos cidadãos.

– Um quadro semelhante ao que vemos hoje no Brasil...

– BERLINGUER – Em alguns aspectos, era uma situação semelhante a que se vê hoje aqui. No Brasil, doenças antigas – resultantes da ausência de desenvolvimento – convivem com doenças novas, derivadas das distorções do desenvolvimento. Posso dar um exemplo técnico: Certas regiões, tanto na Itália como no Brasil, tendem a desenvolver uma parasitose intestinal que tem propriedades anemizantes. Se uma pessoa que tem essa parasitose trabalha numa fábrica onde se use substâncias que façam mal ao sangue, há um entrelaçamento de velhas e novas condições que concorrem para o mesmo mal.

– Como foi o processo na Itália, até se chegar a esta Lei de Reforma Sanitária?

– BERLINGUER – A primeira fase foi de movimentos sociais de trabalhadores pelo controle das condições ambientais nas fábricas; das mulheres, por um melhor atendimento materno-infantil; dos deficientes, por instrumentos contra a discriminação social e aí por diante. A segunda fase, foi a da reforma institucional, propriamente dita: A Lei unificou em um Serviço Nacional de Saúde todos os serviços públicos de saúde, suprimindo o seguro social no setor saúde, incorporando seus hospitais, médicos e serviços em um Serviço Nacional com a obrigação de garantir o direito à saúde e atenção médica a toda população. Há unidades básicas de serviço que se chamam Unidades Sanitárias Locais que incorporam uma população mais ou menos de 12 mil habitantes e que organizam todos os serviços de saúde em um território determinado.

– E a atenção secundária, terciária, como funciona? Os serviços mais complexos de saúde?

– BERLINGUER – Os serviços mais complexos, como por exemplo os serviços hospitalares, dependem também das Unidades Sanitárias Locais, com a exceção dos hospitais mais especializados e dos universitários que têm administração própria. Há também hospitais privados – cerca de 20% da rede hospitalar da Itália – e eles têm um regime de contrato com o Serviço Nacional de Saúde.

– E esta relação entre o setor público e o setor privado, como funciona?

– BERLINGUER – O setor público deve garantir os serviços de saúde a todos os cidadãos utilizando também o setor privado, e isto acontece em muitos casos. Em outros, há formas de parasitismo do setor privado sobre o setor público, como por exemplo, médicos que são ao mesmo tempo donos de hospitais privados e trabalham no serviço público e talvez utilizem o serviço público para enviarem doentes para seus hospitais.

– Reforma Sanitária é assunto de Assembléia Constituinte?

– BERLINGUER – A Constituição deve estabelecer o princípio básico. A italiana, por exemplo, diz que a saúde é um direito do cidadão e um interesse da coletividade. Aqui no Brasil, sei que há sugestões de profissionais de saúde no sentido de que se inclua o item "é um dever do Estado", o que me parece muito interessante.

– A população nos municípios debate, critica, participa da gestão dos serviços nas Unidades?

– BERLINGUER – Sim, há muitos debates, muitas críticas e também associações voluntárias como o Tribunal pelo Direito dos Enfermos, que vigia diretamente os direitos dos doentes nos hospitais; e há também sindicatos, associações de mulheres, associações de parentes de doentes com enfermidades crônicas, que participam. Mas quanto à gestão, a participação popular está se dando através da representação institucional dos municípios, uma forma de participação menor do que no passado, de participação direta. Mesmo levando em conta que o controle dos municípios tem na Itália uma raiz histórica e política profunda na população, esta forma de participação indireta na gestão, me parece um defeito a ser corrigido.

– Que advertências o senhor faria para o Brasil, levando em conta o processo da experiência italiana com a Reforma?

– BERLINGUER – Eu não quero dar conselhos porque cada país deve buscar o seu próprio caminho mas as experiências de outros países são úteis sobretudo para evitar os erros. Creio que há muita afinidade entre os dois processos: a exigência de participação popular; o fato de interessar ativamente às profissões sanitárias; de integrar a formação do pessoal especializado nas tarefas da Reforma; de desenvolver serviços igualitários a toda a população; de integrar recursos científicos; de criar uma maior independência tecnológica; de unir os partidos, porque a Reforma não pode ser a vontade de um único partido; de mobilizar os recursos das administrações locais. Mas outra coisa é a lei, a reforma institucional, as passagens legislativas. Estas tendem a ser muito diferentes porque as tradições, a geopolítica, são muito diferentes. Um princípio comum a todos os países, creio que deva ser a luta contra as doenças, ver qual é o quadro epidemiológico, quais são os inimigos, que doenças é necessário combater, e implantar a estrutura do sistema de saúde ou do serviço de saúde em função da máxima possibilidade de reduzir as doenças. Mas é preciso deixar claro que o Sistema de Saúde é apenas um entre os instrumentos públicos envolvidos na Reforma. Na experiência italiana verificamos que a política de habitação, a política de nutrição, a política educacional, a política de saneamento urbano, a política de segurança no trabalho, são tão ou mais importantes que a política das instituições sanitárias e talvez tenham até uma maior eficácia.

Palestra

Giovanni Berlinguer no Congresso da Abrasco

CADA vez encontro mais gente, mais jovens, mais força e mais idéias a favor da saúde coletiva. E também mais amigos que estão perto do poder, com as responsabilidades e as contradições inerentes, que pertencem ao mesmo tempo à sociedade civil e à sociedade política, e buscam não apenas "soluções técnicas" ou "administrativas" mas também aproximá-las, integrá-las politicamente num único movimento.

Lembro-me que quando perguntaram a Marx qual era a qualidade mais apreciável em um homem ele respondeu: A coerência na busca de um fim.

Não apenas as revoluções mas também as reformas não se exportam.

Antes de falar da experiência italiana de Reforma Sanitária, quero me referir a duas premissas básicas: A primeira é a questão geopolítica. Além da Itália estar localizada muito longe do Brasil, tem uma realidade muito diferente: Tem menos riquezas naturais, menos território e população, acredito também que tem menos injustiças, menos doenças e ainda uma tradição política e institucional completamente diferente. Por exemplo, no livro "Public Health and the Medical Profession in the Renaissance", C.M. Cipolla demonstra que a saúde pública moderna originou-se nas comunas livres italianas como forma de colaboração entre municípios e médicos, contestando o que está escrito em todos os tratados que atribuem essa origem ao sistema de saúde da Inglaterra dos "oitocentos". Depois, com a destruição das comunas livres, inicia-se a decadência da Itália, da profissão médica, da atividade de saúde pública e do nível de saúde da população.

Num outro ensaio, "Médicos e Mundo do Trabalho entre os 800 e 900", L. Dodi demonstra a extraordinária colaboração que existia, nas últimas décadas do século passado e na primeira deste, entre os médicos, a população, os trabalhadores e as organizações sindicais, principalmente nas zonas industriais do país. Esta experiência também foi sufocada durante o fascismo, pela repressão ao movimento operário e pela subordinação da profissão médica aos interesses do poder e da classe dominante.

Na Itália, como em outros países, a história progride e retrocede. Hoje temos experiências positivas – como uma democracia que já dura mais de 40 anos – mas não podem ser transferidas a outros países. Não apenas as revoluções mas também as reformas não se exportam.

A segunda premissa é a metodológica. O que é uma Reforma Sanitária? Seria interessante, como fez Kuhu em relação às revoluções científicas, ver na história as características comuns das "reformas sanitárias" realizadas: Os conhecimentos científicos; as avaliações das doenças e dos direitos dos homens; as profissões e as formas de organização sanitária; a consciência popular; a integração entre saúde e sociedade.

A primeira foi a Reforma (ou Revolução) Hipocrática que separou as ciências médicas da religião; separou a profissão médica do sacerdócio; estabeleceu uma ética própria dos profissionais da medicina; reconheceu as relações entre saúde, meio-ambiente e instituições políticas; passou a considerar a norma como forma primária de prevenção e como parte integrante da atividade terapêutica.

A Reforma Sanitária pode ser considerada um dos caminhos da "longa marcha" através das instituições e do processo de transformação da sociedade e do Estado.

SE passar por todos os séculos (por exemplo, o início da Era Cristã), outra Reforma (ou revolução) Sanitária ocorreu no período de máximo desenvolvimento das ciências médicas como ciências de vanguarda, nas últimas décadas do século passado e nas primeiras deste, quando os descobrimentos axiológicos no campo das doenças infecciosas e das doenças do trabalho permitiram transformar profundamente as condições de trabalho nas fábricas. Não estou certo de que todos vocês sejam marxistas ou desejam ser marxistas, nem de que todos os marxistas tenham lido os livros de Marx quero, no entanto, frisar que parte considerável do primeiro volume do "Capital" está baseado nos informes dos médicos e inspetores de fábricas que contribuiram com suas análises sobre as doenças do trabalho para ampliar o conhecimento geral sobre as condições de trabalho e sua transformação.

O "Partido Sanitário", portanto, contribuiu para o desenvolvimento das teorias revolucionárias. O mesmo pode ser dito das condições de vida nas cidades: o conhecimento sobre a transmissão das doenças infecciosas, sobre a relação entre moradia e doença, por exemplo na tuberculose e outras doenças transmitidas pela água, permitiu conhecer e transformar nos países industrializados, a urbanização e as condições de vida nas cidades, fazendo com que os cidadãos, antes centros da patologia social, fossem centros da irradiação de idéias e de experiências de saneamento.

Os protagonistas foram químicos como Pasteur, cientistas sanitaristas como Oswaldo Cruz, ou como o imaginário Dr. Juvenal Urbino personagem da novela de Garcia Marquez, "O amor nos tempos da cólera". Foram protagonistas também as classes trabalhadoras, e os êxitos mais rápidos, profundos e irreversíveis foram conseguidos quando o "Partido Sanitário" encontrou forças sociais e políticas organizadas não somente para apoiar mas também integrar, corrigir e ampliar seus esforços.

Atualmente, o mundo vive uma fase nova de "Reforma Sanitária": a tendência contraditória de conquistar o direito universal à saúde e construir serviços nacionais ou sistemas integrados de saúde como **um** dos instrumentos para conseguir esse direito.

Há dois exemplos históricos deste caminho de construção: SNS ou SIS como **consequência** de uma revolução política e social: por exemplo China e Cuba. Ou SNS ou SIS como parte de um **processo,** de uma "revolução democrática", onde as classes trabalhadoras e a intelectualidade comprometida **podem** exercer um papel de vanguarda.

O caso da Itália pertence claramente ao segundo grupo de países e a Reforma Sanitária pode ser considerada um dos caminhos da "longa marcha" através das instituições e do processo de transformação da sociedade e do Estado.

A Itália conheceu 20 anos de fascismo. Também, em menor proporção que em outros países, houve na Itália, entre os dois conflitos mundiais, uma ampliação dos serviços médicos. Isto deve-se ao fato de que o fascismo se caracterizou não só como uma ditadura mas também como um "regime reacionário de massa". A expressão "de massa" significa a busca de consenso em diferentes campos; o nacionalismo e também as atividades sociais. O fascismo anulou o caráter democrático da atenção médica das obras sociais (a mutualidade); centralizou o que era resultado de um desenvolvimento reivindicatório das associações de trabalhadores, rompendo os laços até existentes entre a profissão médica e os trabalhadores; negou as exigências de prevenção das doenças; desenvolveu, por exemplo, uma grande campanha demográfica usando o slogan "O número é potência", com finalidades puramente militares, o que acabou provocando o aumento da mortalidade infantil, pois foi uma campanha realizada sem as indispensáveis medidas preventivas.

As medidas de segurança no trabalho também foram suprimidas. A ideologia do fascismo neste campo pode ser melhor compreendida com a lei sobre a higiene no trabalho onde se afirma que "o médico da fábrica deve examinar os trabalhadores antes que estes sejam contratados para constatar de possuem os requisitos especiais de resistência à ação dos agentes nocivos aos quais serão expostos". Atualmente se faz o mesmo, mas sem declará-lo...

A saúde é um "valor de elevado consenso" porque as doenças não conhecem partidos.

Nos primeiros anos após o fascismo, a luta pela saúde foi essencialmente dirigida para ampliar o sistema da mutualidade. Desde os anos sessenta iniciou-se um grande movimento de crítica a organização sanitária e de construção de um sistema integral de saúde. Este movimento encontrou apoio e uma direção política nos partidos de esquerda, particularmente no Partido Comunista, na CGT, e nos grupos e forças culturais e sociais apartidárias. Foi um movimento de grande convergência que emergiu de diferentes grupos, de associações, de campos de luta e interesses: a luta pela saúde nas fábricas; a luta das mulheres contra a alta mortalidade infantil, principalmente no sul da Itália, e pela construção de consultórios sanitários e sociais; a luta nos bairros, nas favelas das grandes cidades, como Roma, Nápoles e outras mais, uma luta pela atenção médica, pelo saneamento, pela água; o movimento em prol da psiquiatria democrática, contra os manicômios, que culminou com a lei de abolição dos manicômios, por sinal, uma lei muito progressista; também o movimento nos grêmios das categorias profissionais e dos estudantes, particularmente nas faculdades de medicina visando a melhoria da saúde; as experiências de muitas administrações regionais e municipais que anteciparam muitos aspectos da Reforma. Enfim, propostas de lei no Parlamento Nacional.

Em dezembro de 1978 foi aprovada a Lei da Reforma Sanitária. A aprovação desta lei foi possibilitada por vários fatores convergentes que difícilmente se apresentam juntos em um mesmo período. Um deles foi o desastre financeiro da mutualidade, que ocorreu devido ao aumento contínuo nos gastos, sem qualquer possibilidade de controle pelo Estado. Um outro fator foi a pressão de todos esses movimentos convergentes que já citei e ainda, o fato da "cultura da Reforma", minoritária nos anos 60, tornar-se majoritária nos anos 70.

No parlamento somente um partido votou contra: o Partido Liberal. Os demais votaram a favor. Houve finalmente um fenômeno político que foi o avanço do Partido Comunista na segunda metade dos anos 70 e um período de solidariedade nacional, não só no campo da saúde mas também em

Palestra

Giovanni Berlinguer no Congresso da Abrasco

(continuação)

relação à necessidade de enfrentar a crise econômica e, sobretudo, a luta democrática contra o terrorismo.

ANTES de deixar o tempo necessário ao debate, quero tentar responder a três perguntas: 1) Como uma política reformadora, em princípio minoritária, tornou-se majoritária e hegemônica? 2) Quais são os resultados do processo da Reforma Sanitária? 3) Quais têm sido as dificuldades, contradições e retrocessos, desde a aprovação da lei, em 1978?

1) Falei sobre as "condições favoráveis", mas temos porém que enfatizar a prioridade da saúde como tarefa dos movimentos progressistas. A organização sanitária é muito complexa, é um campo de alto índice de conflitos internos. A saúde é "um valor de elevado consenso" porque as doenças não conhecem partidos...

As forças populares – e não somente as de esquerda – organizaram-se na Itália com objetivos de promover a saúde. Trabalhadores, mulheres, crianças, marginalizados, comunidades urbanas, demonstraram que a organização sanitária não era adequada para combater as doenças autais. Foram considerados adversários e inimigos somente aqueles que causavam ou favoreciam a doença, os responsáveis pela exploração e pela má administração, mas não aqueles que pensavam combater as doenças, ainda que com meios impróprios ou com vantagens pessoais.

Há uma diferença básica, por exemplo, entre o que aconteceu nos Estados Unidos, na Inglaterra e na Itália.

Na Inglaterra, pelo que sei, a grande maioria dos médicos se opôs à Reforma Sanitária durante a primeira fase de criação do Serviço Nacional de Saúde e somente depois, lentamente, se integraram a ele. Nos Estados Unidos, a American Medical Association foi – e continua sendo – um dos fatores que impedem uma maior difusão da medicina pública e de todas as formas de atenção médica pública prestada pelo Estado à população. No caso da Itália, parte da categoria médica participou no processo de reforma, parte se opôs e uma outra parte permaneceu neutra. Se existem contradições para a aceitação dos "privilégios médicos" no SNS, estas contradições devem ser resolvidas.

Mas são menores que a oposição, frontal e paralisante, de toda a categoria profissional.

Prioridade para a saúde: isto significa que um melhor nível de saúde não é somente um "subproduto espontâneo do desenvolvimento", do crescimento econômico como a educação e a cultura. A saúde deve ser uma finalidade do desenvolvimento, do crescimento, e constituir-se, ao mesmo tempo, num recurso, numa riqueza individual e coletiva. Se esta consciência se transforma em força popular e intelectual de reforma sanitária pode vencer.

A ideologia do privado substituiu, talvez, a solidariedade coletiva.

2) Quais foram os resultados do processo reformador? Não somente a lei mas todo o processo de reforma – um processo cultural, social, de luta pela extensão, pela melhor qualidade dos serviços – possibilitou resultados positivos exatamente onde deve medir-se uma política sanitária: na própria saúde, que é o padrão de medida mais importante do que a economia nacional, as instituições ou as ideologias. Os resultados obtidos na área de saúde foram, por exemplo: a diminuição de mortalidade infantil, permitindo diferenças regionais menos evidentes do que antes; uma redução considerável no número de acidentes de trabalho e um aumento, também considerável da longevidade – a média de vida entre os italianos está atualmente em 10º lugar no mundo, quando nos anos 50 estava no 24º.

A maior flexibilidade e integração do SNS na sociedade civil nos permitiu também enfrentar problemas novos, que surgiram durante as últimas décadas, como as drogas (a heroína, em particular). A política formulada após muitos debates, foi a de "luta contra as drogas e de solidariedade com os toxicômanos". O esfôrço coordenado do Estado, dos voluntários e dos especialistas, assim como a reação moral da maioria dos jovens, fez com que nos últimos dois anos houvesse uma redução do consumo de heroína e da mortalidade por drogas.

No plano institucional, a unificação dos serviços ajudou a racionalizar os gastos e a integrar de forma ainda muito reduzida a prevenção com a atividade terapêutica.

3) Quais foram os obstáculos para a implantação de um Serviço Nacional de Saúde eficiente e válido? Um obstáculo internacional: o fato de na Itália como em outros países do ocidente e países subdesenvolvidos, ter se afirmado a política de Reagan, que se consolidou desde o final da década de 70, e visa a destruição do Estado Social. A campanha internacional do Fundo Monetário Internacional contribuiu muito neste sentido. A ideologia do privado substituiu, talvez, a solidariedade coletiva. Tenho a impressão de que, em geral, os SNS resistiram mais eficazmente – na Inglaterra e na Itália – a estas tendências do que os sistemas baseados no seguro social.

Na Itália, uma influência muito negativa derivou da ruptura das relações políticas e sindicais unitárias do período precedente, da tendência mais direitista dos democrata-cristãos, que constituem o maior partido da Itália, e da aliança entre democratas-cristãos e socialistas no governo. Há um fato muito significativo neste contexto: a lei foi aprovada em dezembro de 78, depois se formou um novo governo, e o Ministro da Saúde escolhido pertencia ao partido Liberal, o único que votou contra a Reforma. Era como deixar o queijo aos cuidados dos ratos. E os ratos começaram a comer o queijo, não somente no centro mas na periferia também. Atrasaram muito a aplicação de todas as leis específicas, os decretos que deveriam completar o quadro da Reforma. Por exemplo, o Instituto Nacional de Segurança e Higiene no Trabalho, que deveria ter sido criado imediatamente, foi criado 4 anos depois, e a unificação e modernização das normas de higiene e segurança no trabalho, que teriam que ser aprovadas seis meses depois, até hoje não o foram.

Além dos obstáculos, há também o fato de que a pressão popular e cultural diminuiu: a implantação de um serviço institucional tão complexo e completo como resultado dessa conquista arrefeceu temporariamente o movimento: delegou-se excessiva confiança às instituições. Também a descentralização das regiões para os municípios provocou diferenças na qualidade dos serviços médicos e na programação dos serviços, uma diferença muito grande de uma região para outra, de um município para o outro. Creio que o problema da centralização e descentralização é um dos mais difíceis de ser resolvido. Também não foi positivo o fato de que os comitês de administração das U.S.L. estabeleceram uma barreira entre o município e o serviço. A municipalidade nomeia os administradores, mas há uma delegação e um fato particular: como a nomeação para as U.S.L. é feita depois das eleições municipais, os partidos levam para as U.S.L. os que não foram eleitos nos municípios; há uma distribuição de pessoal administrativo nas U.S.L. extremamente partidária e pouco qualificada. A minha opção seria suprimir estes comitês de administração e transferir os serviços diretamente às municipalidades. Estou convencido que o Serviço Nacional de Saúde,

Estou convencido que o Serviço Nacional de Saúde, na Itália como na Inglaterra, é uma grande conquista social moderna.

na Itália como na Inglaterra é de grande conquista social moderna. Agora, é necessário reconsiderá-la criticamente. Não é possível somente defendê-la, é preciso fazer uma avaliação crítica. Não se pode responder à ofensiva Reaganiana contra o Estado Social simplesmente defendendo as conquistas das décadas precedentes; é necessário fazer um grande esfôrço e reconsiderar as condições das doenças, a participação popular, a organização administrativa, as prioridades técnico-científicas, pois não existem conquistas irreversíveis.

A experiência italiana mostra que foram necessários 20 anos para que obtivéssemos um SNS na Lei. Não sei quantos anos serão necessários para construí-lo na realidade, na consciência e nos serviços, capaz de impedir que seus adversários o destruam.

O Brasil é um país que enfrenta muitas dificuldades e tem muitas contradições, é porém um país jovem com uma democracia que se está afirmando progressivamente. Espero que possa, em comparação com a Itália, acelerar o processo e evitar os nossos erros.

Sou considerado na Itália um dos muitos pais (e há milhões!) da Reforma Sanitária Italiana. Pela minha idade serei logo um avô da Reforma! Vejo aqui uma grande força de jovens e sinto que vocês compreendem a necessidade de fazer alianças, de mobilização de outras forças populares, sindicais, religiosas, urbanas e rurais. A necessidade de, com as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, das Conferências dos temas específicos, das deste Congresso, ir ao encontro dessas forças a que pertencem os que mais sofrem e que têm o maior direito à saúde. Ir ao encontro até o ponto de identificar-se com elas sem perder a própria identidade profissional e progredir juntos.

Não se pode responder à ofensiva Reaganiana contra o Estado Social simplesmente defendendo as conquistas da década precedente.

Saúde, Previdência e Educação criaram CNRS

Com a finalidade de analisar as dificuldades encontradas na rede nacional de saúde e sugerir opções para uma nova estrutura organizacional do sistema; examinar os instrumentos de articulação entre os setores de Governo que atuam na área de saúde, propor seu aperfeiçoamento e apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, os Ministros da Saúde, Roberto Santos; da Previdência, Raphael de Almeida Magalhães e da Educação, Jorge Bornhausen, constituíram em 20 de agosto do ano passado a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, levando em consideração "a reconhecida precariedade do nível de saúde da população brasileira" e "as conclusões e recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde".

E a seguinte a íntegra da Portaria Interministerial:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS Nº 02/86.

O Ministro de Estado da Educação, Saúde e Previdência e Assistência Social, no uso de suas atribuições legais e

Considerando a reconhecida precariedade do nível de saúde da população brasileira;

Considerando a premente necessidade de transformações estruturais na área de saúde e assistência médica em face das diretrizes de política social do Governo da Nova República;

Considerando a experiência de articulação e interação entre os Ministérios, acumulada pelas Ações Integradas de Saúde; e

Considerando as conclusões e recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde,

RESOLVEM:

1 – Constituir a COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, com a finalidade de:

1.1 – analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema;

1.2 – examinar os instrumentos de articulação entre os setores de Governo que atuam na área de saúde, e propor o seu aperfeiçoamento;

1.3 – apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida.

2 – A Comissão será composta por representantes de órgãos governamentais, Congresso Nacional e Sociedade Civil, assim discriminados: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Secretário e Presidente da FIOCRUZ); MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (Secretário de Serviços Médicos e Presidente do INAMPS); MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (Secretário de Educação Superior); MINISTÉRIO DO TRABALHO (1 representante); MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO URBANO E MEIO AMBIENTE (1 representante); MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA (1 representante); SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (1 representante); SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (2 representantes do CONASS, sendo um o Presidente do Conselho); SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (1 representante); SENADO FEDERAL (Comissão de Saúde); CÂMARA DOS DEPUTADOS (Comissão de Saúde); CENTRAIS SINDICAIS (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, Central Geral dos Trabalhadores – e Central Única dos Trabalhadores – CUT; CENTRAIS PATRONAIS (Confederação Nacional da Indústria – CNI, Confederação Nacional do Comércio – CNC e Confederação Nacional da Agricultura – CNA); PRESTADORES PRIVADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (Confederação das Misericórdias do Brasil – CMB e Federação Brasileira de Hospitais – FBH); PROFISSIONAIS DE SAÚDE (Federação Nacional dos Médicos – FNM) e CONAM (Conselho Nacional das Associações de Moradores).

3 – A COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA será coordenada pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde.

4 – A COMISSÃO contará com uma Secretaria Técnica que proverá o apoio e a assessoria necessários ao seu pleno funcionamento, a ser constituída através de atos específicos do Coordenador.

5 – Os órgãos técnicos dos Ministérios prestarão o apoio e as informações necessárias, quando solicitadas pela Comissão.

6 – A Comissão terá um prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar de sua instalação, para apresentar suas conclusões.

Brasília-DF, 20 de Agosto de 1986.

JORGE KONDER BORNHAUSEN
Ministro da Educação

ROBERTO FIGUEIRA SANTOS
Ministro da Saúde

RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES
Ministro da Previdência e Assistência Social

Congresso da Abrasco propõe Frente Popular pela Reforma

A Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) identifica como de necessidade imediata a construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária, capaz de organizar a base social e política que viabilizará as mudanças requeridas.

Em documento aprovado pela Plenária do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado no Rio em setembro de 86 com a participação de dois mil profissionais da área de saúde coletiva, a Abrasco – promotora do evento – manifestou seu total apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária para que ela se legitime e ganhe força para propor as transformações que se fazem necessárias. Defende ainda a necessidade da continuidade do processo de mobilização e organização das forças sociais comprometidas com a luta pela implantação de uma Reforma Sanitária e pela garantia constitucional do direito à saúde como dever do Estado.

A Associação, que expressa o pensamento da comunidade acadêmica da Saúde Pública, aprovou também o apoio estratégico aos avanços representados pelas AIS enquanto um passo na valorização do setor público e propôs "um engajamento decisivo" das entidades e profissionais de saúde no processo de elaboração da nova Carta Constitucional, estabelecendo um projeto para a área de saúde a ser inscrito na Constituição, comprometendo desde já os Deputados Constituintes com as propostas da Reforma Sanitária.

No mesmo documento, a Abrasco se alia "a todos aqueles que almejam a democratização da saúde e acredita que só através da organização coletiva alcançaremos as medidas que avançam na direção da Reforma Sanitária e impediremos, com a nossa vigilância constante, qualquer retrocesso no curso desse processo".

Portaria criou os oito grupos técnicos

Em portaria assinada no dia 18 de dezembro de 1986, o Secretário Geral do Ministério da Saúde, José Alberto Hermógenes de Souza, nomeou oficialmente os Coordenadores responsáveis pelos oito grupos técnicos de assessoramento da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, designando como Coordenador Geral dos Grupos Técnicos a Drª. Cristina Possas.

Abaixo, a portaria publicada no Diário Oficial.

Portaria nº 47, de 18 de dezembro de 1986

O SECRETÁRIO-GERAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista as atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 20.08.86, publicada no Diário Oficial da União de 22.08.86. RESOLVE:

1. Compor Grupos Técnicos para assessoramento à Comissão Nacional da Reforma Sanitária nas seguintes áreas:
- Propostas para Constituinte
- Arcabouço Institucional
- Saúde do Trabalhador
- Financiamento do Sistema Nacional de Saúde
- Política de Recursos Humanos
- Informações em Saúde
- Saneamento e Meio-Ambiente
- Ciência e Tecnologia

2. Designar para a Coordenação dos Grupos Técnicos, respectivamente:
- Eleutério Rodrigues Neto
- Cristina de Albuquerque Possas
- Jair Sarmento
- André Médici
- Francisco Eduardo Campos
- Euclides Ayres Castilho
- Elisa Vianna Sá
- Severino Márcio Meireles

3. A Coordenadora do Grupo Técnico para assessoramento quanto ao Arcabouço Institucional, Cristina de Albuquerque Possas, desempenhará também a Coordenação Geral dos Grupos Técnicos.

JOSÉ ALBERTO HERMÓGENES DE SOUZA

Inamps diz como vai melhorar atendimento

O presidente do Inamps, Hésio Cordeiro, declarou que a Reforma Sanitária é um processo importante, "no qual todos estamos trabalhando", que visa implementar uma mudança profunda nos serviços de saúde, e enumerou alguns pontos que serão alvo progressivo da Reforma: revisão da política de medicamentos e tecnologia médica; mudança dos critérios de financiamento do setor saúde; defesa do aumento do gasto público em saúde; e, principalmente, a busca de um compromisso maior com a qualidade do atendimento à população, através da universalização dos cuidados de saúde.

– Queremos que a população venha a encontrar nos serviços de saúde formas de melhorar o seu nível de vida e de saúde, e isto não apenas no que tange ao tratamento médico mas tendo em vista também o saneamento básico, o controle do meio ambiente e a prevenção dos acidentes de trabalho – enfatizou o presidente do Inamps que é representante do MPAS na Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

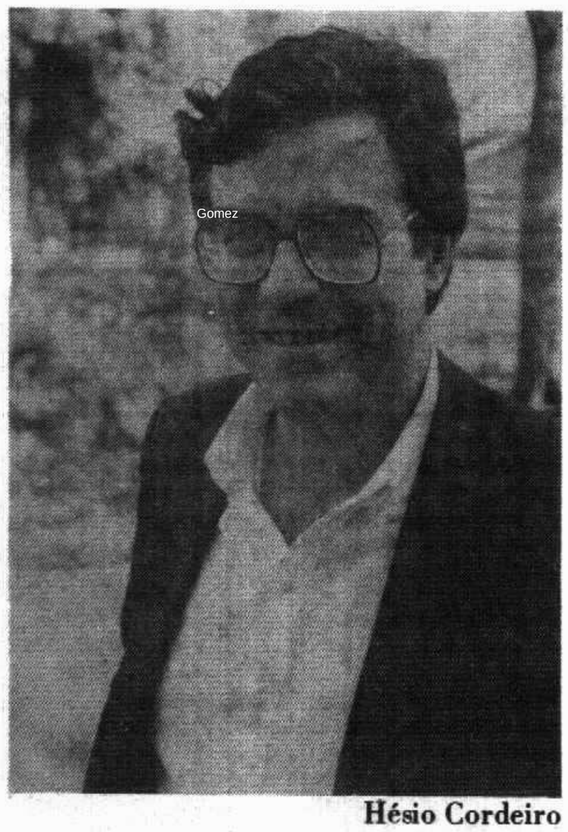
UNIFICAÇÃO

Na reunião da CNRS realizada no mês de janeiro, em Goiânia, Hésio Cordeiro apresentou algumas propostas que constituem as bases estratégicas e operacionais para a descentralização e a unificação do sistema de saúde, consideradas pelo Inamps como essenciais ao processo de Reforma Sanitária e consolidadas no documento "Inamps e a Reforma Sanitária – Bases Estratégicas e Operacionais para a descentralização e unificação do Sistema de saúde", a ser discutido pela Comissão Nacional.

No que tange à questão institucional, o documento do Inamps defende a unificação baseada nas seguintes premissas:

1. Não deve se dar pela simples transferência de serviços de uma para outra instituição.

2. Deve ser descentralizadora, constituindo um sistema federalizado, de base estadual e municipal.



Hésio Cordeiro

A estratégia da unificação, ainda segundo o documento, deve voltar-se para a consolidação dos sistemas estaduais e municipais, tendo como unidade operacional o Distrito Sanitário. O processo se iniciaria com a transferência da gestão das unidades próprias do Inamps e do MS para o âmbito estadual e municipal, com exceção dos hospitais de grande complexidade vinculados à pesquisa, por serem unidades de referência nacional.

O modelo de gestão do sistema unificado, proposto pelo documento do INAMPS divulgado em Goiânia, toma como base as atuais estruturas das AIS – Ações Integradas de Saúde, definindo-se gestores únicos em cada nível, que deveriam ser respectivamente os secretários de saúde estadual e municipal. A participação popular será concretizada, ainda segundo o documento, através dos Conselhos Comunitários de saúde.

FINANCIAMENTO

Para a área de financiamento Hésio Cordeiro lembra que o sistema de financiamento da Previdência Social é majoritariamente vinculado à contribuição previdenciária, que é distinta de um imposto, persistindo a questão: deve ser utilizada apenas para a cobertura médico-assistencial à população previdenciária? O presidente do Inamps lembra também que atualmente os recursos do FPAS (Fundo da Previdência e Assistência Social) são também destinados à política de universalização e equalização da assistência médico-hospitalar mas segundo pensa, a Reforma Sanitária "não deve traduzir-se por medidas parciais como a transferência de recursos das AIS ou de um percentual fixo do orçamento do MPAS para o âmbito do MS".

Na área específica do financiamento são as seguintes as estratégias propostas pelo documento do Inamps levado à CNRS:

1. A substituição gradual de recursos federais (FPAS, orçamento do MS, Finsocial etc.) por recursos dos orçamentos dos Estados e Municípios.

2. A manutenção da atual destinação dos recursos do FPAS mediante a programação e orçamentação integrados, com distribuição em duodécimos para a rede de serviços.

3. A constituição de fundos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, alocando recursos de diversas fontes, sem incluir o FPAS.

O documento conclui referindo que "na realidade os **fundos únicos** em nível estadual e municipal podem ser traduzidos pela existência de uma gestão financeira única do governo estadual". O repasse de recursos MPAS/FAS seria feito, então, com o modelo de cogestão com o setor público, cujo montante seria definido anualmante com base na programação e orçamentação integradas. Quanto aos recursos destinados aos convênios e contatos, seriam transferidos – ainda segundo o documento – para a administração estadual e municipal em duocécimos.

As propostas resumidas acima serão analisadas pela CNRS no processo de discussão para a elaboração da proposta do desenho institucional.

Hésio Cordeiro fez questão de reiterar, na reunião de Goiânia, que a Reforma Sanitária "não se fará por decreto" mas sim através de um processo que exigirá trabalho intenso e a participação de todos.

EDITORIAL

Reforma Sanitária é irreversível

A 8ª Conferência Nacional de Saúde representou o início de um grande processo nacional de transformações necessárias ao nosso sistema de saúde. Talvez não tenha havido, na história do nosso país, um debate tão amplo e tão abrangente de caráter nacional sobre a política de sáude. Durante os meses preparatórios da 8ª Conferência, foram realizados encontros estaduais com entidades sindicais, associações de moradores, sindicatos profissionais, especialistas de praticamente todos os estados da federação, que prepararam propostas e documentos que acabaram convergindo também para a 8ª Conferência.

A 8ª Conferência foi uma verdadeira festa democrática. Em torno de cinco mil pessoas num estádio, conseguiram debater, de forma serena mas nem por isso não apaixonada, os problemas mais críticos e sérios da política nacional de saúde. À 8ª Conferência sucedeu-se um conjunto de temas específicos, que na sua grande maioria repetiram a própria dinâmica de debate ampliado de caráter nacional, da 8ª Conferência. Questões como saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde oral e doenças tropicais foram aprofundadas, chegando-se a propostas específicas para a transformação deste sistema. Como resultado da 8ª Conferência, de todos os Temas Específicos que se sucederam até o final de dezembro de 1986, surgiu a necessidade urgente e inadiável da implantação de uma verdadeira Reforma Sanitária neste país.

A Reforma Sanitária passou a ser a síntese de todas as recomendações, propostas e conclusões desse amplo debate nacional. A necessidade da transformação do sistema de saúde, da municipalização, da sua democratização interna, de uma nova política de recursos humanos e de ciência e tecnologia, enfim, aliando-se a todas as outras reformas sociais que é o compromisso da Nova República, surgiu como uma idéia, forte, suprapartidária, praticamente de consenso nacional, a necessidade da Reforma Sanitária.

Nascendo das conclusões da 8ª Conferência, os ministros da Saúde, Previdência e Educação, criaram a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com o objetivo de apresentar propostas concretas para as mudanças constitucionais necessárias ao novo sistema de saúde bem como de uma nova legislação sanitária para o nosso país. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, praticamente já nos dias finais dos seus trabalhos, está em vias de apresentar ao Governo Federal e à sociedade brasileira as suas conclusões.

O Movimento Sanitário Brasileiro, constituído de médicos, odontólogos, enfermeiras, farmacêuticos, sanitaristas, por instituições, associações de moradores, sindicatos, políticos, enfim, por todos aqueles que acreditam e lutam pela transformação do sistema de saúde brasileiro, é um verdadeiro movimento nacional, suprapartidário, que vem lutando de uma forma permanente por esta transformação.

A Reforma Sanitária não pode ser o resultado de um simples decreto, mas é um amplo processo social, que envolve simultaneamente o debate parlamentar, legislativo, como também um trabalho executivo ao nível das instituições de saúde; um trabalho experimental de pesquisa, inovador, nas universidades; com a participação de todas as entidades da nossa sociedade civil, na construção contínua e permanente de um sistema novo de saúde.

A Reforma Sanitária prevê a necessidade de novas formas de articulação do setor público e do setor privado. O desenvolvimento acelerado de uma competência tecnológica nacional que possa enfrentar os desafios da gravidade dos nossos problemas de saúde. É, portanto, um processo longo de amadurecimento científico-tecnológico bem como de um profundo exercício democrático.

A Fundação Oswaldo Cruz vem desenvolvendo uma linha editorial de informação aos profissionais de saúde através do Projeto RADIS. E nessa linha entendemos que a divulgação de opiniões, de estudos, de experiências nacionais ou internacionais sobre projetos de transformação no sistema de saúde é da maior importância. Assim está nascendo o PROPOSTA, o novo veículo de divulgação da Fundação Oswaldo Cruz, com o objetivo de ampliar ainda mais a discussão sobre as questões da Reforma Sanitária Nacional. Acreditamos que 1987 deva ser o ano da Reforma Sanitária. Em primeiro lugar pela aprovação ao nível da Assembléia Nacional Constituinte, de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado. Em segundo lugar, pela abertura do debate de uma nova legislação sanitária para o nosso país a partir do Poder Legislativo. E também pelo início da implantação de programas de Reforma Sanitária ao nível dos novos governos estaduais.

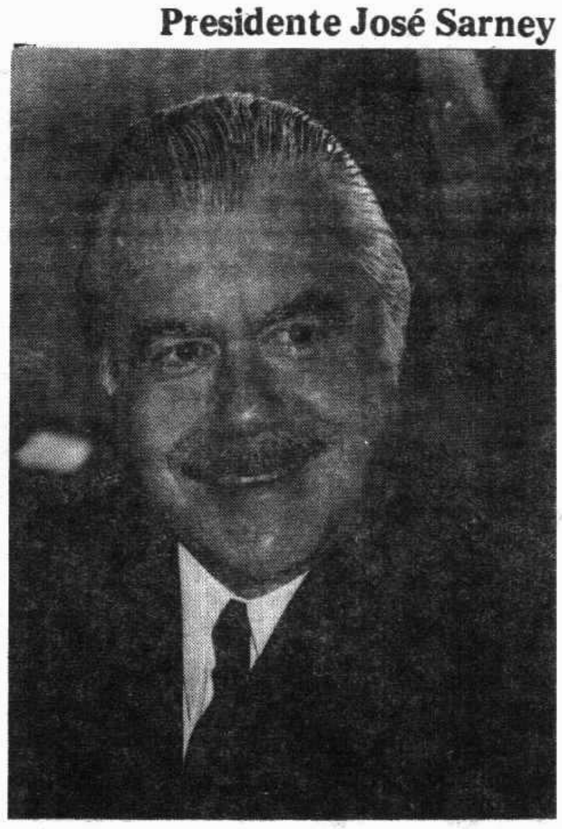
Assim, a Reforma Sanitária começa a se implantar de uma forma irreversível no País. Não como algo criado em gabinetes, não como idéias transplantadas, mas como um projeto nacional, democrático, construído, pensado e executado pelo conjunto da nossa sociedade. Acreditamos firmemente que o ano de 87, na área de saúde, será o ano da Reforma Sanitária.

SÉRGIO AROUCA

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz.

Novo sistema expandirá atendimento a todos

Presidente José Sarney



O Brasil não pode continuar sendo uma nação de vários brasis: um Brasil menor, de cidadãos de primeira e abastada classe; e um Brasil imenso, de um povo de segunda e necessitada classe. Será deixado para trás o quadro desses brasis. Construiremos um só Brasil, o do povo com saúde, livre de todas as endemias. Por isso, a democratização do setor saúde é compromisso do governo.

A afirmação é do Presidente da República, José Sarney, durante discurso proferido na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília. Para o Presidente, "o direito fundamental à vida deve ser encarado como um direito coletivo. Dever que o Estado deve exercer e deve exigir da sociedade, em benefício de todos e não apenas como a expressão de privilégio dos que podem pagar pela assistência de que carecem."

O Presidente Sarney fez uma comparação entre o crescimento do sistema de atenção médico-hospitalar e a generalização do acesso da população à saúde:

– Não há dúvida de que no país, nas últimas décadas, houve um desenvolvimento considerável do sistema de atendimento, que o colocou no nível tecnológico dos países desenvolvidos. A esse desenvolvimento, entretanto, não correspondeu uma generalização do acesso. Não se conferu efetiva prioridade às ações de caráter preventivo e de alcance coletivo, relativamente àquelas de natureza curativa e de alcance individual.

Prosseguindo, o Presidente Sarney foi enfático na defesa da reorganização do setor saúde, atualizando-o para que possa servir a uma sociedade democrática:

– O permanente avanço tecnológico e a necessidade de promover sua difusão, sem privilégios nem limitações, reclamam uma nova racionalidade para o setor saúde, adaptando-o à organização de uma sociedade justa e democrática.

Para o Presidente, "é indispensável que se examine e reexamine a administração do setor, evitando-se a multiplicidade de instituições, que atuam de forma sobreposta e com desperdício de recursos, e a excessiva centralização, que promove um distanciamento da realidade e inibe a iniciativa local".

Ainda no discurso, ele defendeu que as instituições públicas e privadas, os técnicos e autoridades, as entidades comunitárias e associativas sirvam de instrumento para se fazer um balanço adequado do setor saúde e que cabe a elas propor as diretrizes que devem orientar a organização do sistema de saúde que mais convém à sociedade brasileira.

"Essa reorientação – prosseguiu – deve ter em conta as exigências de construção de um novo sistema de saúde que observe uma maior descentralização de ações, transferindo recursos e encargos para os Estados e Municípios; uma maior racionalidade administrativa, garantindo eficiência institucional; e, sobretudo, um elevado sentido participativo, que permita à população assumir responsabilidades no controle da execução dos serviços".

Afirmou ainda que "como Presidente da República, estou convencido de que nos unimos, acima das crenças e das convicções políticas, para superar nossas deficiências, ou não ultrapassaremos o quadro desolador das carências injustificadas".

Finalizando, o Presidente ressaltou os compromissos da Nova República com a saúde da população, afirmando que o governo "tem compromissos inadiáveis com a criação de oportunidades iguais para todos e nenhuma oportunidade é mais cara, mais necessária e mais valiosa do que a oportunidade da vida".

Em reunião extraordinária com os Ministros de Estado, o Presidente José Sarney considerou "um dever do Estado proporcionar meios para que a saúde seja efetivamente um direito de todos". E disse que "faz-se necessária uma ampla Reforma Sanitária que expanda a capacidade de bom atendimento a toda a população, proporcione o acesso aos medicamentos essenciais e à vacinação, combata as grandes endemias, como a doença de Chagas, a malária e a esquistossomose, e elimine o risco de outras doenças como a dengue e a febre amarela."

PROPOSTA

Jornal da Reforma Sanitária

O jornal PROPOSTA é editado pelo RADIS – Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde, projeto desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** e pelo **Centro de Informações para a Saúde** da **Fundação Oswaldo Cruz**, com a colaboração do Inamps.

Coordenação do Projeto RADIS: Célia Maria de Almeida; **Editor: Responsável:** Alvaro Nascimento; **Texto:** Joel Macedo; Carlos Xavier (Caco) e Marcus Barros Pinto; **Externas:** Janine Cardoso; **Arte:** Victor Ebraico; **Secretaria:** Jandira Vilhena; **Clip:** Simone Oliveira; **Ilustrações:** Carlos Xavier (Caco); **Colaboração:** Coordenadoria de Comunicação Social (Ana Palma) e Assessoria de Comunicação Social da Fiocruz (Thereza Christina Tavares).

Tiragem: 25 mil exemplares; **Distribuição:** Direta, via correio; **Composição, Fotolito** e **Impressão:** Última Hora (Rua Equador, 702 – Rio de Janeiro).

Assinatura: Em conjunto com TEMA e DADOS: Cz$ 50,00 (anual) em nome do Projeto RADIS, Av. Brasil, 4036 – sala 515 CEP 21.040 – Tel. 270-9122 Ramal 288 Rio de Janeiro/RJ – Brasil

MUITO ANTIGAS

Geraldo Justo revelou que as Santas Casas estão ligadas aos primórdios da história da assistência médica e assistência hospitalar no Brasil, tendo atravessado os períodos da monrquia, república e ditadura, num total de 480 anos de serviços prestados no país.

– Com tudo isso, só agora, há cerca de 2 anos, conseguimos criar uma Confederação que reúne as Federações das Santas Casas dos Estados. Isto como resultado de um movimento de renovação dos profissionais de saúde que militam nas Santas Casas e hospitaisfilantrópicos. Com isso, estamos aproveitando todas as lideranças, em nível estadual e nacional, que tenham como objetivo fazer saúde pra valer, tentar implantar um sistema nacional de saúde eficiente, com o aproveitamento e reorganização de todos os nossos hospitais espalhados por este país.

Para Geraldo Justo, o momento não é mais de espera mas de ação: "Chegou a hora – ele diz – de se usar todos os recursos disponíveis para se planejar uma Reforma Sanitária que venha de encontro aos interesses da população".

Maria Luiza Jaeger

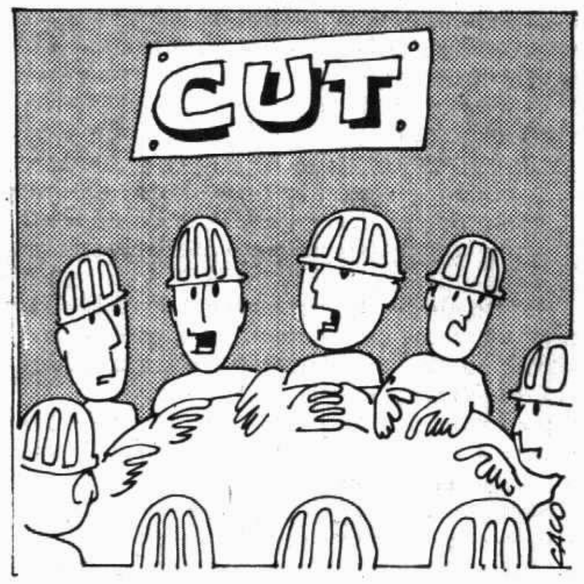
Representante da CUT na CNRS

O trabalhador deve ter poder de decisão

A representante da CUT na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, Maria Luiza Jaeger, informou que as propostas que estão surgindo nas reuniões da CNRS estão sendo levadas para discussão na instância que a CUT mantém em diversos estados do país para a questão saúde, que é a Comissão Nacional de Saúde e Previdência.

Maria Luiza está defendendo na CNRS a posição sustentada pela central sindical levada na 8ª Conferência que é a de um sistema único estatal de saúde, "onde os trabalhadores têm que participar com poder de decisão, têm que ter o controle da administração." Afirmou, entretanto, que na visão da CUT, a alteração do sistema de saúde só vai se dar pelo movimento organizado dos setores que realmente estão querendo uma mudança profunda no sistema de saúde, que no entender da entidade são os trabalhadores em geral "que sofrem com esse sistema de doenças que existe no país", alguns partidos e "mesmo alguns setores que hoje estão em alguns órgãos do governo".

Maria Luiza informou também que nos meses de abril e maio próximos, a CUT vai realizar encontros estaduais com os sindicatos a ela filiados para uma discussão aprofundada dos rumos da questão saúde e da Reforma Sanitária, e que em junho vai promover em São Paulo um encontro nacional para aprovar a proposta da entidade quanto às questões de saúde, previdência e condições de trabalho.



CONSENSO NÃO

Maria Luiza Jaeger disse acreditar que pela própria composição da CNRS (metade de representantes das instituições do Estado e a outra metade da sociedade civil, "mas sendo que nessa metade se está colocando o mesmo peso para os trabalhadores e para os empresários") vai ser muito difícil se chegar a um consenso em relação aos muitos temas da Reforma.

– Mas eu acho profícua esta discussão, pois no seu avanço vamos poder saber com clareza, por exemplo, quais são as posições do Estado e de algumas instituições estatais como o INAMPS em relação à Reforma – afirmou.

A representante da CUT não concorda com observações que atribuem aos trabalhadores pouca tradição na discussão da problemática da saúde. "Eu acho que não é bem por aí. É verdade que não existe ainda uma discussão acabada sobre a questão, mas o trabalhador vive o dia a dia da fila do INAMPS e é mal atendido, isso quando consegue ser atendido. Então, se formos ver, há hoje uma série de sindicatos que já têm nas suas pautas de reivindicação a questão da saúde e estão começando a discutir, principalmente os sindicatos que têm convênio com a Previdência Social, como os sindicatos rurais, que têm lutado por uma assistência de saúde semelhante à do trabalhador urbano. Eu acho que o movimento sindical está levando a discussão dessas propostas, talvez ainda de forma geral, não operacionalizada, mas está levando, e existe cada vez mais uma discussão sobre o encaminhamento destas questões."

ORÇAMENTO

Maria Luiza se referiu também ao problema do financiamento do Sistema Nacional de Saúde e à utilização do dinheiro da Previdência para universalizar o atendimento.

– A nossa posição é a de que o dinheiro utilizado para atender a questão saúde deva ser o dinheiro do orçamento da União. Mas enquanto isso não ocorrer, não é um botãozinho que se aperta e está feita a Reforma Sanitária. Durante esse período vai ter que se utilizar o dinheiro da Previdência Social. Inclusive, no grupo que discute a Previdência Social, a CUT votou a favor de que se utilizasse o dinheiro da Previdência. Agora, temos que pensar em outras fórmulas pois o dinheiro da previdência não tem que sair necessariamente do bolso do trabalhador mas sim, quem sabe, da taxação do faturamento das grandes empresas, daquelas com maior grau de automação. Ou seja, existem outras formas. O princípio de que a saúde é um direito de todos e que tem que ser prestada pelo Estado deve ser seguido de uma previsão dentro do orçamento do Estado, um orçamento específico para a área da saúde.

Roberto Assis Ferreira

Representante da CGT na Comissao Nacional da Reforma Sanitária

"O movimento sindical entende o seu papel"

O atual sistema de saúde é caótico, com orientação privatizante, baixo nível de eficácia, discriminatório e elitista, à medida que alija grande parte da população.

A opinião é do Dr. Roberto Assis Ferreira, que representa a Central Geral dos Trabalhadores (CGT) na Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Ele disse que seu papel, enquanto representante de uma das centrais sindicais brasileiras na CNRS, é "defender as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que atendem fundamentalmente às reivindicações dos trabalhadores brasileiros".

Ao avaliar a situação vivida pelos brasileiros, o Dr. Assis Ferreira é enfático:

– Como o sistema de saúde não possui nenhuma unidade de ação, à medida que apenas trata da doença, o trabalhador o procura para tratar de sua saúde quando ela já está em desequilíbrio franco. E para ser atendido ele enfrenta filas, a inoperância e a qualidade precária do atendimento.

Ele acha que cabe ao movimento sindical um papel relevante na implantação de uma Reforma Sanitária e faz uma análise de como os sindicatos hoje enfrentam a questãoo da saúde:

– A CGT participa dos debates sobre saúde a partir do momento das reuniões preparatórias da 8ª Conferência. De lá para cá podemos notar que a questão saúde ainda não é uma bandeira de ponta do movimento sindical. Apenas alguns sindicatos isolados a colocam como luta fundamental a ser encaminhada. Antes da questão saúde, aparecem como mais importantes a reforma agrária, a dívida externa, a jornada de 40 horas, e é claro, as reivindicações salariais.

Ele faz uma análise crítica dessa postura que considera equivocada do movimento sindical:

– Sem dúvida que isso é um erro grave. Não podemos subestimar de forma nenhuma a saúde e as questões relativas à insalubridade e periculosidade. Essa postura equivocada, no entanto, não determina que o movimento sindical seja insensível à proposta da Reforma Sanitária. Nós somos uma das maiores forças de pressão para que ela se realize, assim como somos uma força de pressão para que se implante a reforma agrária, se enfrente a questão da dívida externa e da jornada de 40 horas.

Para o Dr. Assis Ferreira, a Reforma Sanitária "é a única saída". Ele explica:

– O movimento sindical está paulatinamente entendendo o seu papel na implantação da Reforma Sanitária. Ele está compreendendo que ela é a única saída que interessa aos trabalhadores como um todo e aos profissionais de saúde, em particular. Ela só não interessa aos representantes da indústria farmacêutica ou de equipamentos, por exemplo, que só visam o lucro e não estão interessados de fato na saúde da população.

Sobre o papel da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, ele acha que "há uma certa debilidade política originária da forma como ela foi constituída, responsável por elaborar uma proposta a ser encaminhada aos Ministérios e à Constituinte e sem ter uma função mais determinante nos rumos da política de saúde". Por isso, ele revela uma preocupação:

– Nosso medo é que a demagogia e o populismo transformem as reformas necessárias ao sistema nacional de saúde de tal forma que tenhamos apenas um arremedo de Reforma Sanitária que mantenha a existência da medicina do rico e a medicina do pobre.

Ele finalizou afirmando, no entanto, que a CNRS deve ser fortalecida:

– Não será só a Comissão que irá implantar a Reforma Sanitária. Todos os segmentos da sociedade civil terão que se lançar nesta luta junto com ela e por isso ela terá um papel muito importante de conseguir ser o fio condutor das necessidades da sociedade em relação à nova política de saúde que irá surgir destes debates.

Eugênio Vilaça

Consultor da OPAS

A Reforma removerá o entulho sanitário

– Considero a Reforma Sanitária, um projeto alternativo ao outro projeto que está posto na sociedade que eu chamo de Projeto conservador, que foi fruto de uma deliberada ação política e que se expressa num sistema plural e desintegrado, criado pela lógica dos interesses mercantis e da especulação com a doença.

A afirmação é de Eugênio Vilaça, consultor da Organização Panamericana da Saúde no escritório nacional de Brasília,

O que é a Reforma Sanitária ?

A Reforma Sanitária deve ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde, o que pressupõe:

● Uma visão da saúde como um processo resultante das condições de vida;

● A garantia de que a atenção à saúde não se restrinja à assistência médica mas diga respeito a todas as ações de promoção, proteção e recuperação;

● A inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, daí decorrendo a natureza social das ações e serviços de saúde, subordinados ao interesse público;

● A reorganização e redimensão do setor saúde de forma a permitir o acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessários, sem discriminações.

Faz-se necessário frente às carências e distorções vigentes a formulação de uma Política Nacional de Saúde que se oriente pelos seguintes princípios:

● Constituição de um Sistema Unico de Saúde (SUS) em âmbito nacional com comando único em cada esfera de governo:

● Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

● Distritalização, tendo o distrito sanitário como unidade operacional básica do SUS, com responsabilidade definida sobre uma dada população residente em uma determinada área;

● Gestão colegiada na formulação e controle da política e das práticas institucionais.

Comissão estuda proposta de financiamento do setor

ATÉ o presente momento, as propostas da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) no campo do financiamento das ações de saúde tem se dedicado a detalhar as sugestões contidas no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, bem como aprofundar os pontos omissos do mesmo relatório. Segundo o documento "Financiamento e gasto do setor sáude no Brasil até 1986: balanço, perspectivas e opções de política", de André Cézar Médici e Pedro Luiz Barros da Silva, as principais propostas da CNRS para o financiamento setorial ligam-se à composição do Fundo Único de Saúde (FUS) e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (FUES e FUMS).

No período de transição, o FUS seria composto por:

1. 25% dos recursos do Fundo da Previdência e Assistência Social (FPAS), que corresponde ao gasto médio com assistência médica da Previdência Social ao longo dos últimos dez anos;

2. Média das receitas da Previdência Social arrecadas com acidentes de trabalho nos últimos cinco anos, que garantiria a incorporação das questões relativas à saúde do trabalhador;

3. Parte dos recursos do Instituto de Resseguros do Brasil (IRB) arrecadado com o seguro obrigatório de automóvel, que tem sido gasto com acidentes de trânsito;

4. 12% dos recursos do orçamento fiscal;

5. Recursos correspondentes aos fundos sociais, gastos hoje com nutrição, saneamento, medicina do trabalho, proteção do meio ambiente, por exemplo, funções estas que seriam incorporadas pelo sistema único; e

6. Recursos externos vinculados ao investimento em infraestrutura de saúde.

Esses recursos seriam submetidos a uma programação orçamentária global, nas esferas federal, estaduais e municipais, e parte do FUS seria repassada aos FUES, que seriam compostos por parte da alíquota do FUS correspondente a cada Estado a partir de critérios de repartição federal definidos pela integração das propostas orçamentárias dos Estados, por 12% dos orçamentos fiscais dos Estados e por recursos remanescentes dos gastos com assistência médica dos sistemas previdenciários ainda existentes nos Estados (por exemplo, para funcionários públicos).

Esses recursos dos FUS estariam submetidos a uma programação orçamentária que englobaria os recursos destinados aos gastos municipais com saúde, sendo repassados aos municípios para formação dos FUMS, compostos segundo os mesmos critérios de constituição dos FUES.

As propostas da CNRS têm como meta final a passagem do financiamento à saúde para fontes exclusivamente orçamentárias no longo prazo. Sendo assim, preconiza-se que os 25% dos recursos dos FPAS sejam substituídos por fontes orçamentárias a partir do momento que os gastos com saúde cheguem a 8 ou 10% do Produto Interno Bruto brasileiro.

Para que esses recursos do FPAS não provenham de fontes derivadas dos salários dos trabalhadores, propõe-se que a alíquota de saúde do FPAS seja extraída exclusivamente da contribuição das empresas, que representa em média 63% da arrecadação parafiscal da Previdência e aproximadamente 56% das fontes de receita do SINPAS. Paralelamente, a base de arrecadação das empresas deverá transitar gradativamente da folha de salários para o lucro bruto, garantindo a estabilidade e deixando de penalizar os consumidores pelo repasse ao preço dos produtos.

Quanto às alíquotas de recursos do orçamento fiscal, elas deverão ser revistas dependendo da natureza e necessidade da Reforma Tributária.

O padrão atual de financiamento e gasto das ações de saúde tende a acirrar o corporativismo dos beneficiários em detrimento de estratégias mais redistributivas e universalistas. Sendo assim, torna-se necessário que os recursos para a atenção à saúde provenham de fontes que garantam os princípios de universalização e eqüidade, definindo efetivamente que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Os fundos de saúde seriam geridos mediante ampla participação da sociedade organizada e de órgãos públicos.

A instância máxima planejadora da política de saúde do país a partir do momento da implantação da Reforma Sanitária seria o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que seria composto por membros representativos dos Governos Federal, Estadual, da sociedade civil e dos segmentos organizados vinculados ao setor saúde. Esta proposta faz parte do documento elaborado pela Coordenação do Grupo de Trabalho da Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária onde se propõem novas bases para o financiamento do setor. Elaborada com base no texto "propostas sobre o sistema de financiamento do setor saúde no Brasil – Alternativas para a Reforma Sanitária", do economista André Médici, a proposição defende que o Conselho Nacional de Saúde, ligado funcionalmente ao Ministério Único da Saúde, defina o planejamento, a programação orçamentária e os critérios de repartição do Fundo Único de Saúde (FUS), cujos recursos seriam repassados para os Fundos Estaduais de Saúde (FUES), cuja programação orçamentária integrada seria feita pelos Conselhos Estaduais de Saúde. Estes, por sua vez, teriam composição análoga ao CNS, com representação dos municípios e segmentos organizados do setor saúde, estando ligados funcionalmente às Secretarias Estaduais de Saúde que repassariam recursos dos FUES aos municípios segundo critérios definidos pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) através dos Fundos Municipais de Saúde (FUMS), geridos pelos Conselhos Municipais e Distritais de Saúde.

Ao buscar uma maior racionalidade na aplicação dos recursos públicos – que deverão ter um aumento considerável para assegurar a universalização pretendida e cujas possíveis fontes de receita estão em estudo – a Reforma Sanitária revela sua dimensão estratégica de reforma administrativa e financeira do Sistema Nacional de Saúde. Somente a partir desta perspectiva se poderá assegurar uma nova visão dos serviços públicos em saúde no país. Para viabilizar este processo, duas condições se revelam essenciais:

De um lado, o fortalecimento da capacidade gerencial dos Estados e Municípios para a gestão dos recursos humanos e materiais das unidades de outras esferas do governo transferidas para o seu âmbito. Uma possibilidade a ser estudada por cada Estado é a criação de Autarquias ou Fundações geridas por um Conselho presidido pelo Secretário Estadual de Saúde, agilizando os mecanismos operacionais das novas atribuições, o que poderia facilitar o encaminhamento do processo da Reforma Sanitária. Alguns Estados já detêm estruturas de administração indireta nesse sentido. Cada Fundação ou Autarquia teria subsidiárias distritais cuja a administração seria indicada pelos Prefeitos para operacionalizar as ações de nível distrital. Deve-se, no entanto, estudar a melhor forma ou estrutura administrativa para revestir esses ógãos.

Outra alternativa estaria dada pela existência de distritos maiores que a extensão territorial dos municípios e pela possibilidade de criação de consórcios municipais para operacionalizar as ações de saúde ao nível dos distritos sanitários. Neste caso o financiamento dos dishritos seria dado pela composição de diversos FUMS e gerido pela administração do consórcio.

André Cézar Médici é pesquisador do IEI/UFRJ, Professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e Coordenador do Grupo Técnico de Financiamento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Pedro Luiz Barros da Silva é sociólogo, Secretário de Orçamento, Finanças e Controle do Inamps e Professor do Instituto de Economia da Unicamp.

COMPROMISSO BÁSICO

Democratizar o debate

QUAL o real espaço para uma Reforma Sanitária na política social do Governo? O que é a Reforma Sanitária? Como se deverá estabelecer a divisão de trabalho entre os níveis federal, estadual e municipal no novo sistema de saúde? Como deverá se organizar a rede prestadora de serviços? Como ficará a relação do setor público com os serviços privados numa estrutura descentralizada? Como ficará a gestão do sistema pelas secretarias estaduais e municipais? Como se resolverá o problema da isonomia salarial? Como se constituirão as comissões estaduais da Reforma Sanitária? Questões como estas são tratadas no documento elaborado pela Coordenação dos Grupos de Trabalho da Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, enviado a todos os Estados para discussão com o objetivo de recolher contribuições ao projeto final de Reforma Sanitária que será enviado à Constituinte.

A Dra. Cristina Possas, Coordenadora dos Grupos de Trabalho, explica o objetivo do documento e como ele foi elaborado:

– Nós recebemos inúmeras contribuições através de textos gerais e específicos dos mais variados setores. Depois de um trabalho bastante exaustivo, conseguimos redigir um documento que acreditamos reunir o que há de consenso, hoje, em relação à Reforma Sanitária. Como a proposta da Comissão está acoplada às iniciativas gerais do país no sentido de democratizar ao máximo as decisões, enviamos o documento para análise e discussão em cada Estado, abrindo o debate sobre o projeto final que será enviado até o mês de março à Assembléia Nacional Constituinte.

Para Cristina Possas, o documento, que é uma síntese dos principais debates travados nas reuniões dos grupos técnicos que discutem respectivamente arcabouço institucional, financiamento e recursos humanos, "é um avanço das discussões até agora travadas com relação à Reforma Sanitária". Ela explica:

– Hoje não podemos ficar apenas na mera formulação, em gabinetes, de modelos de organização institucional como imagem-objetivo a ser perseguida em uma perspectiva gradual e de longo prazo. As dimensões continentais do Brasil e a grande heterogeneidade entre os Estados impede que este processo se realize como um pacote de medidas a serem implementadas segundo uma estrita racionalidade de planejamento. Na verdade, trata-se de criar condições políticas em cada Estado que permitam, com o envolvimento e a efetiva participação dos profissionais da saúde, dos parlamentares e das entidades representativas da população, definir os requisitos necessários para operacionalizar a descentralização e a democratização da saúde.

Para ela, "a nova correlação de forças nos Estados permite hoje que a importante experiência acumulada com as Ações Integrais de Saúde se coloque em novas bases que assegurem a efetiva integração das ações, a partir de uma ampla Reforma Sanitária". E explica por que:

– A vitória recente, nas últimas eleições, de representantes de setores progressistas da sociedade brasileira para o Governo da maioria dos Estados, bem como para o Congresso Constituinte, confere ao debate de alterntivas para o sistema de saúde uma base política que não pode ser ignorada e que abre uma nova perspectiva ao projeto de uma Reforma Sanitária.

A "descida" do documento para os Estados para ser amplamente debatido, segundo Cristina Possas, "cumpre o papel de deflagrar o processo político que criará condições objetivas para a implementação a curto e médio prazos das propostas que envolvem o projeto de Reforma Sanitária".

O passo seguinte a estes debates, segundo ela, será cada Estado e Município do país encaminhar por escrito à Comissão Nacional da Reforma Sanitária, através de sua Secretaria Técnica, os resultados a que chegaram nas discussões. Finalmente, estas propostas serão consolidadas em um documento único a ser amplamente divulgado e entregue à Constituinte.

FIOCRUZ

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

01

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

Fundação Oswaldo Cruz – Manguinhos

Ano 1. Nº 1. Março de 1987

Reforma Sanitária

O Presidente José Sarney defendeu a necessidade de uma ampla Reforma Sanitária para que o Brasil não continue sendo uma nação de vários brasis: um Brasil menor, de cidadãos de primeira e abastada classe; e um Brasil imenso, de um povo de segunda e necessitada classe. "Por isso, construiremos um só Brasil, o do povo com saúde, livre das endemias".

Além do Presidente da República, os Ministros da Saúde, Previdência e Educação, o Presidente do Inamps, representantes dos governos estaduais recém-eleitos, técnicos e profissionais da saúde e as duas centrais sindicais representativas dos trabalhadores (a CUT e a CGT), apóiam a criação de um Sistema Único de Saúde regionalizado, a hierarquização da rede de serviços, a criação do distrito sanitário como unidade operacional básica do sistema e a gestão colegiada na formulação e no controle da política e das práticas institucionais, que seriam fiscalizadas pela sociedade organizada.

Para o Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sérgio Arouca, 1987 "será o ano da Reforma Sanitária no Brasil".

Frente Política tem a adesão de Pedro Simon.

Pág. 12

Projeto será debatido antes de seguir para a Constituinte

Pág. 5

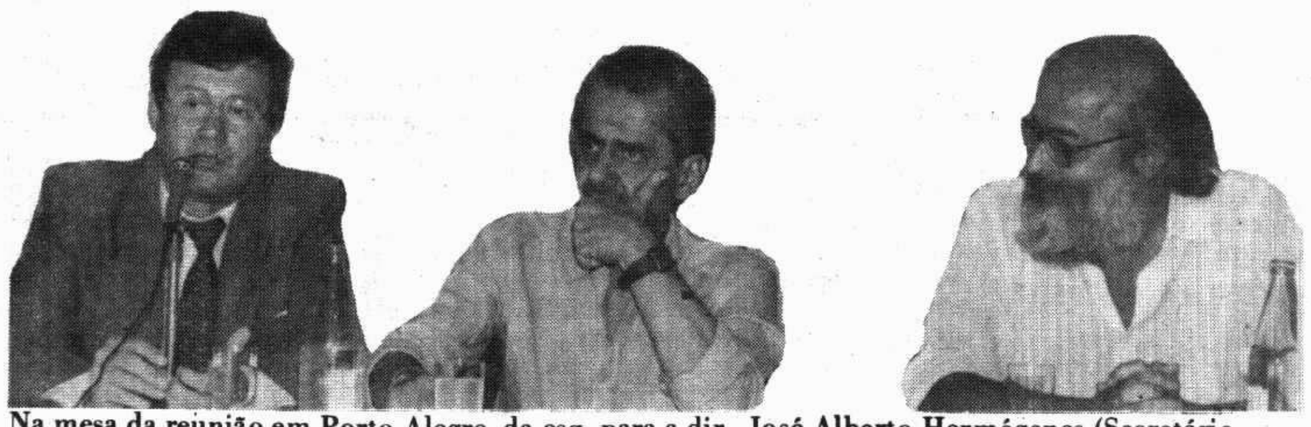
As novas propostas de financiamento do setor saúde.

Pág. 5

Encarte Especial

Berlinguer fala da Reforma Sanitária na Itália

Frente Política tem adesão de Pedro Simon



Na mesa da reunião em Porto Alegre, da esq. para a dir., José Alberto Hermógenes (Secretário Geral do MS); o Governador Pedro Simon e o Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sérgio Arouca.

O compromisso do Governador eleito do Rio Grande do Sul, Pedro Simon, de se empenhar para que todos os governadores eleitos em 15 de novembro implantem em seus estados a Reforma Sanitária foi um dos resultados práticos da primeira reunião da Frente Política pela Reforma Sanitária realizada em Porto Alegre no dia 23 de janeiro último.

Lá estiveram presentes, além de Pedro Simon, o Senador José Fogaça (PMDB-RS), os deputados estaduais Gumano Rogotto, Mario Madureira e Icléia Fernandes, os Secretários Estaduais de Saúde de Goiás, Ronei Edmar Ribeiro, de São Paulo, João Yunes e de Minas Gerais, José Maria Borges; o Assessor para Assuntos de Saúde da Presidência da República, Eleutério Rodrigues Neto; o Secretário Nacional de Vigilância Sanitária, Luis Felipe Moreira Lima, a presidente da Sesp, Elisa Viana Sá; o diretor da Divisão do Meio Ambiente do Ministério da Saúde, Jair Sarmento; o Secretário Geral do Ministério da Saúde, José Alberto Hermógenes; o representante do Inamps, Eduardo Leucowky; o consultor da Organização Panamericana de Saúde, Eugenio Villaça; o professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Luis Antonio Santini; os prefeitos das cidades de Farroupilha e Braga; além do presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sérgio Arouca.

Os gaúchos já se encontram engajados na luta pela implantação da Reforma Sanitária, trabalhando em um projeto de saúde para o Estado e, a nível nacional, mobilizando desde o Governador Pedro Simon à sua expressiva representação na Câmara e no Senado, além de sua bancada estadual, em prol de um novo sistema de saúde nos moldes do proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o fortalecimento dos Estados e Municípios a partir da integração em um comando único das diferentes instituições públicas e privadas, com vistas à universalização e democratização do sistema.

Trabalhadores apóiam novo sistema

A criação de um sistema único de saúde, estatal, descentralizado, regionalizado, igualitário, de boa qualidade, que garanta atendimento integral a toda a população, foi uma das principais propostas aprovadas na Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada entre os dias 1º e 5 de fevereiro, em Brasília.

Com a presença de delegados eleitos em vários Estados (com 150 representantes da Central Única dos Trabalhadores (CUT), da Central Geral dos Trabalhadores (CGT) e da Confederação dos Trabalhadores na Agricultura; 40 eleitos nas préconferências realizadas em 20 Estados; 200 técnicos dos vários órgãos do aparelho de Estado ligado à questão e representantes de todos os partidos políticos com assento na Constituinte) e do Ministro do Trabalho, Almir Pazzianotto, a Conferência debateu três temas específicos: Diagnóstico da saúde do trabalhador, Novas alternativas de atenção à saúde do trabalhador e Política nacional de saúde do trabalhador, cujas propostas surgiram de reuniões de 15 grupos de trabalho que se reuniram durante o evento.

Sobre o tema "Novas alternativas de atenção à saúde do trabalhador", além de aprovar a criação de um sistema único de saúde, a Conferência propôs a participação das entidades sindicais na formulação da política, administração e gestão do novo sistema; a ampliação dos recursos públicos orçamentários para a saúde exclusivamente na rede pública e a criação de um sistema de vigilância epidemiológica de acidentes e doenças profissionais e do trabalho.

Já nas propostas relativas à atual situação de saúde do trabalhador, foi aprovada a imediata revisão da legislação vigente com ampla participação dos trabalhadores na formulação da política nacional de segurança e saúde do trabalhador na medida em que, segundo o relatório final, "o conceito de saúde do trabalhador não pode ser limitado apenas ao âmbito do local de trabalho". Foi proposto ainda que as ações fiscalizadoras sejam de responsabilidade dos órgãos públicos a nível federal, estadual e municipal e exercidas pelo sistema único de saúde de forma descentralizada e integrada, com participação dos trabalhadores urbanos e rurais.

Sobre o último tema debatido – "Política Nacional de Saúde do Trabalhador" – a Conferência aprovou alguns pontos que devem ser considerados direitos inalienáveis do trabalhador, como sua participação nas decisões referentes à sua saúde dentro e fora da empresa; o direito a se recusar a trabalhar em ambientes insalubres ou perigosos e que a Reforma Sanitária seja amplamente debatida em cada Estado, Município, Sindicato e em cada Universidade Sanitária e Associação de Moradores.

A Conferência aprovou ainda a reformulação da Justiça do Trabalho de forma a torná-la mais ágil e democrática, a reformulação da política habitacional, a descriminalização do aborto, a suspensão do pagamento da dívida externa até que a Nação se pronuncie através de ampla consulta popular e o repúdio à Convenção 87 da Organização Internacional do Trabalho, que trata da pluralidade sindical.

Sebastião Loureiro

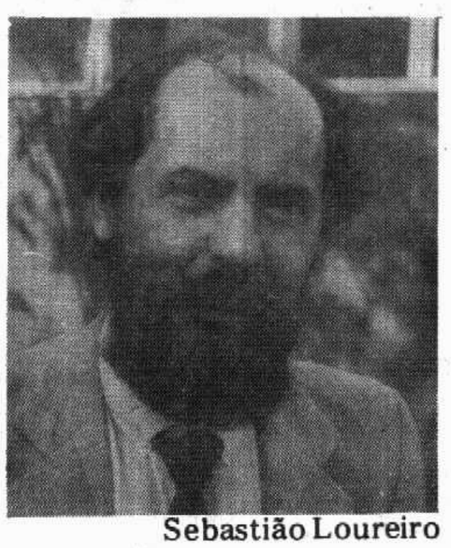
Presidente da Abrasco

Reforma resgata dívida social

Interpretando o sentimento da comunidade acadêmica, Sebastião Loureiro, presidente da Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) espera que a Reforma Sanitária possa trazer "transformações bem profundas e radicais na reorganização do sistema de saúde" e, com isso, possa ser resgatada "a dívida que toda a sociedade brasileira tem com milhões de pessoas que vivem em péssimas condições de saúde".

– Vejo na Reforma Sanitária a oportunidade de todos nós, profissionais de saúde coletiva, nos engajarmos num projeto político com um compromisso social bem claro e colocarmos o nosso conhecimento científico em função de uma transformação social.

Loureiro acha que algumas medidas tomadas "mesmo nessa gestão atual do governo", contribuem para o processo da Reforma como a estratégia das Ações Integradas de Saúde "que é um avanço neste processo, caminha na direção, retorça este vetor que busca chegar até a Reforma Sanitária".



Sebastião Loureiro

Sebastião Loureiro afirma que a posição da entidade que preside – a Abrasco – é de "vigilância crítica", podendo, pela formação científica e acadêmica de seus membros, contribuir com análises conjunturais, análises políticas, análises científicas da realidade, em qualquer instante do processo, "combatendo sempre que se fizer necessário as medidas que visem atrasar o Projeto."

O presidente da Abrasco opina sobre a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária.

"Preferíamos um Grupo Executivo da Reforma Sanitária de conotação mais objetiva, mais ágil, mais ligado à execução, para vialibilizar a Reforma. Comissão, pelo seu próprio nome, é uma coisa meio esvaziada, num sentido de agilização. Se diz mesmo que quando o governo não quer fazer nada, cria uma comissão." E acrescenta: "Nós propusemos um Grupo Executivo e só a mudança de nome já é um sinal de advertência para nós do Movimento Sanitário. Nós queremos estar informados de todo o andamento desta Comissão, saber quais seus objetivos. E não só isso: achamos que esta Comissão deve manter contato permanente com o Movimento Sanitário.

Deve propor reuniões, seminários e até mesmo a discussão política do andamento de seus trabalhos. O nosso papel como comunidade acadêmica do Movimento é estarmos vigilantes para que não se desvirtue a nossa proposta" – concluiu Loureiro.